



สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 3 S ปี 2564

การนิเทศงาน คปสอ.รอบ 2 /2564

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง 15 มิถุนายน 2564

ประวัติความเป็นมาของอำเภอกาบัง

คำว่า “ กาบัง “ กาแบ เป็นภาษามลายูพื้นเมืองของปักษ์ใต้ เป็นคำเรียกพันธุ์ไม้ชนิดหนึ่ง เป็นต้นไม้ตระกูลเดียวกับเงาะ อำเภอกาบัง ได้จัดตั้งขึ้นตาม พรก. เดิมอยู่ในเขตอำเภอยะหา แยกออกมาเป็นกิ่งอำเภอกาบัง เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2534 จัดตั้งเป็นอำเภอกาบัง ปี 2540

แหล่งต้นไม้อายุ

ชื่นใจธรรมชาติ

ไม้กวาดดอกหญ้า

จำปาอะพันธ์ดี



อำเภอกาบัง

ระยะทางจากตัวเมืองยะลา

40 กม.



2 ตำบล 19 หมู่บ้าน

ตำบล	หมู่บ้าน
กาบัง	8
บาละ	11

การนับถือศาสนา

ในพื้นที่อำเภอกาบัง



อิสลาม 88 %

พุทธ 12 %

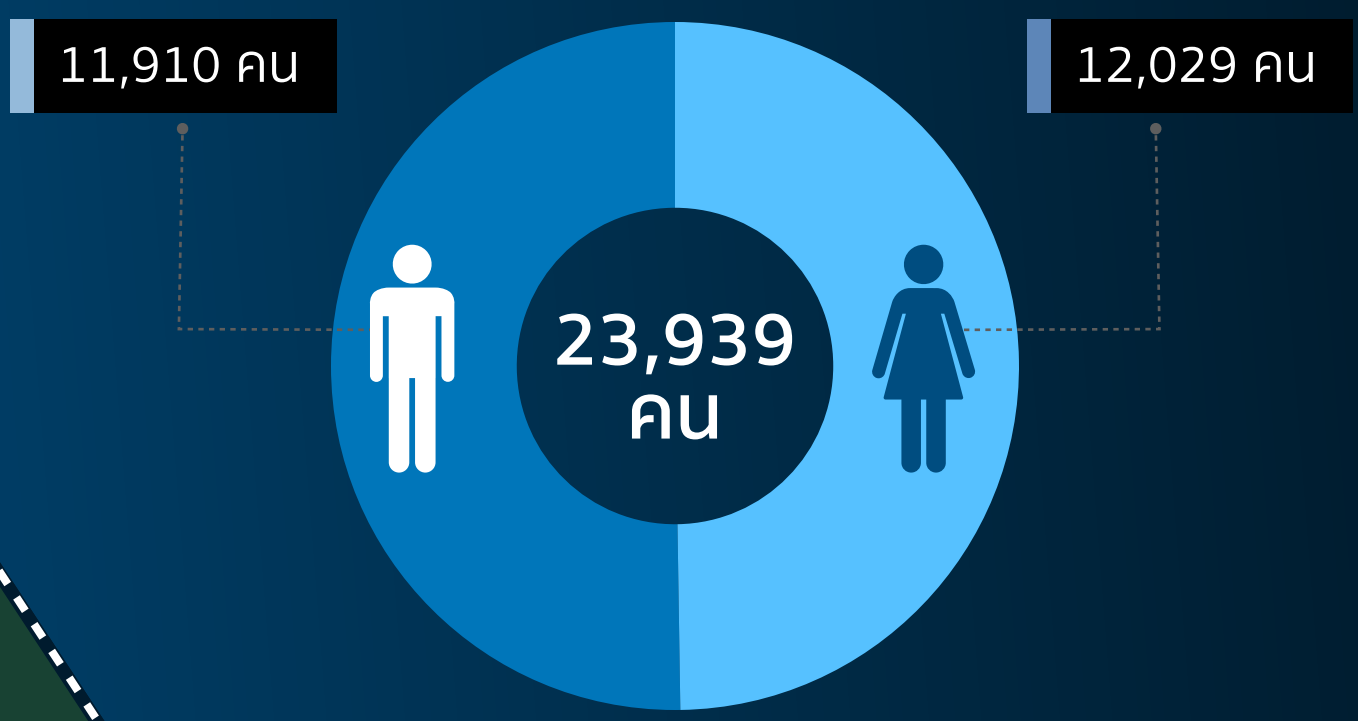
สถานบริการ

ในอำเภอกาบัง



ข้อมูลประชากร

ในอำเภอกาบัง



การประกอบอาชีพ

เกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่



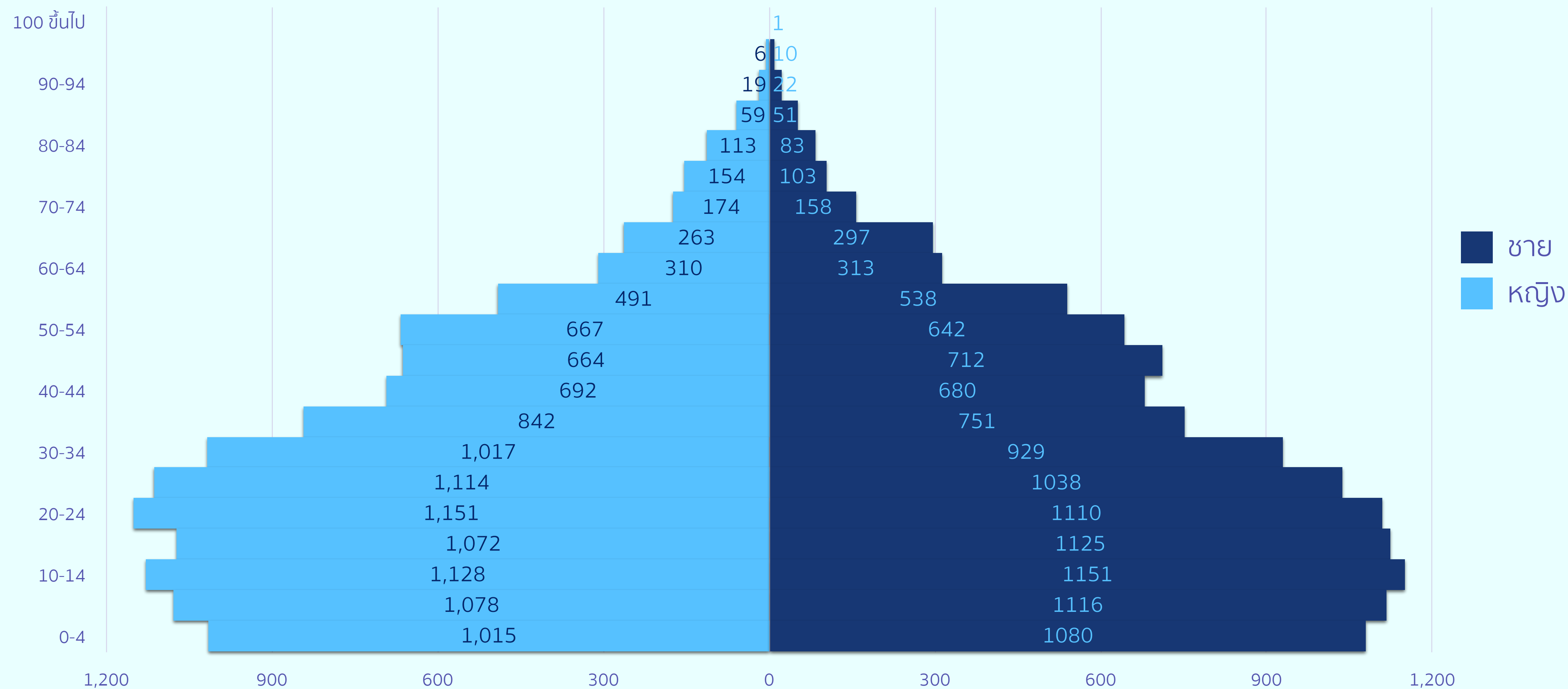
สวนยางพารา

สวนผลไม้

ที่มา : รายงานจาก HDC จังหวัดยะลา วันที่ 1 ตุลาคม 2563

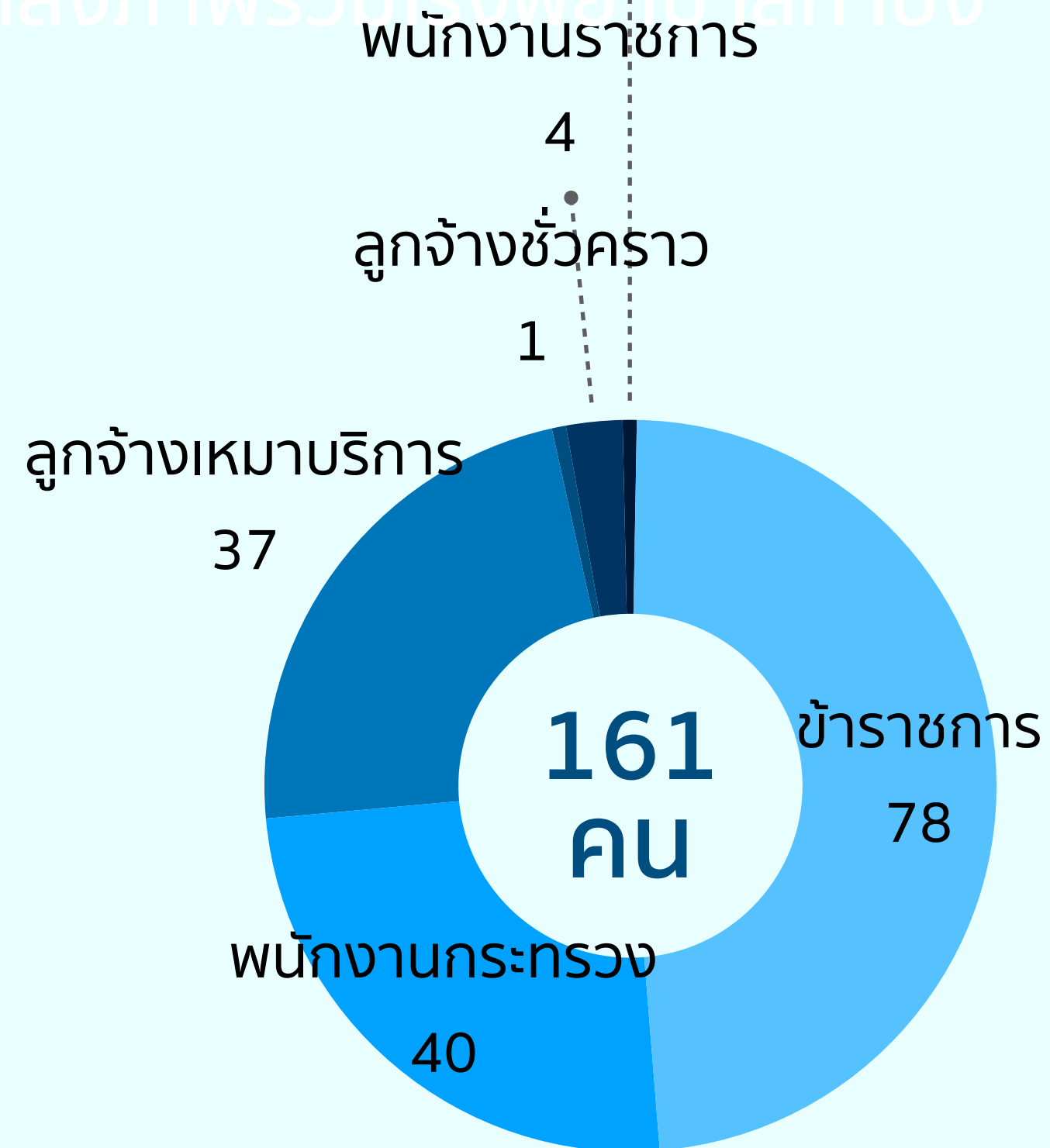


ปิรามิดประชากร





อัตราการจ้างภาพรวมโรงพยาบาลกาบัง



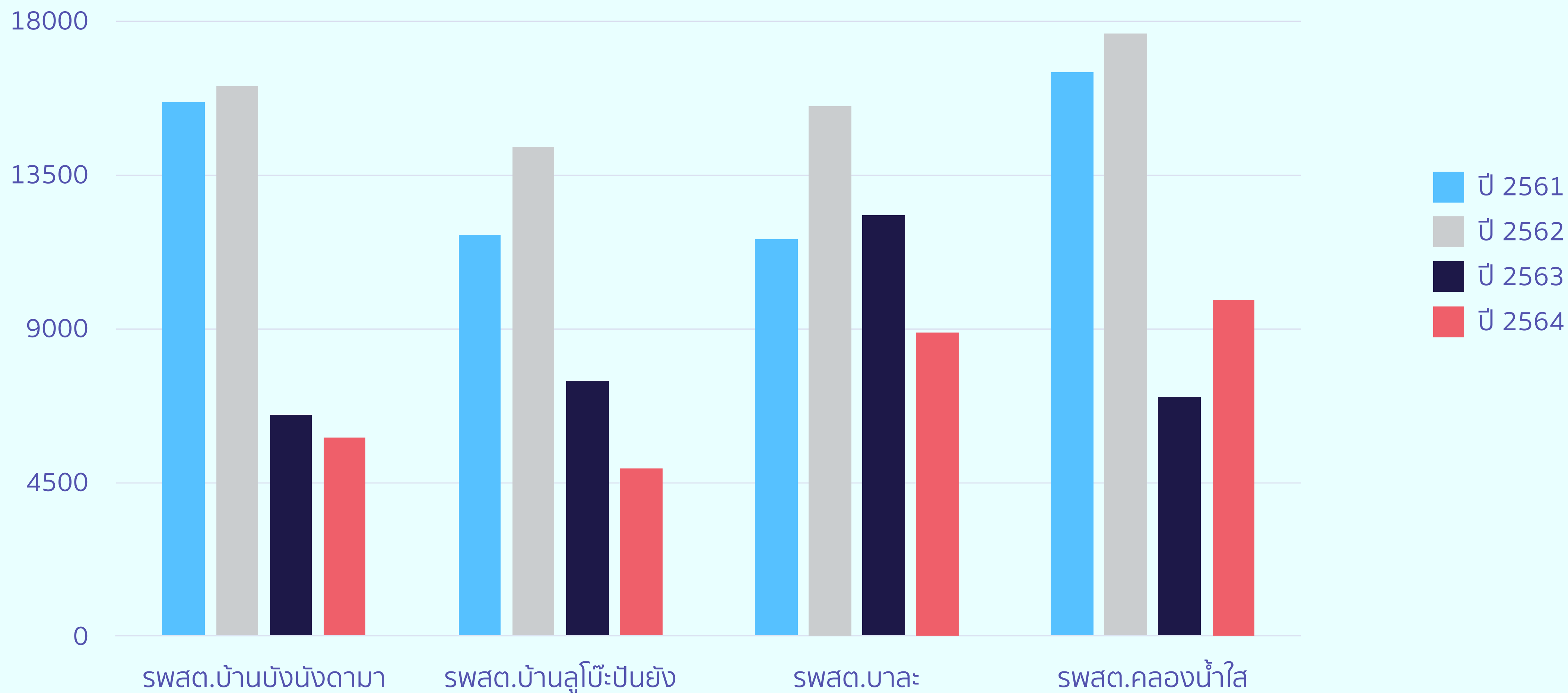
แพทย์	4 คน	นักกายภาพบำบัด	2 คน
ทันตแพทย์	2 คน	เทคนิคการแพทย์	2 คน
เภสัชกร	3 คน	แพทย์แผนไทย	3 คน
พยาบาล	47 คน	นักโภชนาการ	1 คน
นักวิชาการ	9 คน		

อัตราการจ้างภาพรวมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง



พยาบาล	8 คน	แพทย์แผนไทย	2 คน
จพ.ทันต	3 คน	นักวิชาการสาธารณสุข	8 คน
จพ.สาธารณสุข	7 คน		

จำนวนผู้มารับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี 2661-2564

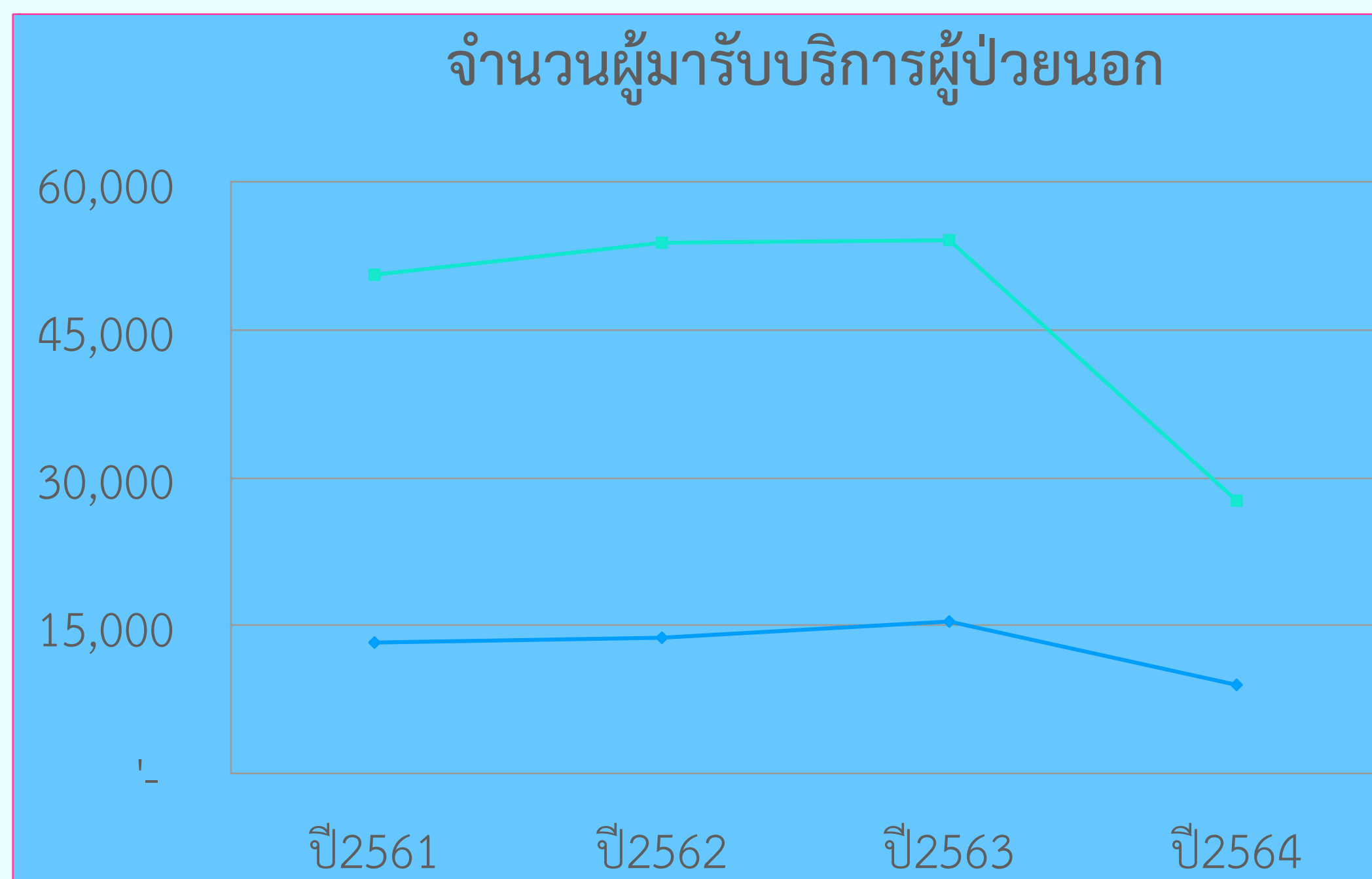




จำนวนผู้มารับบริการ

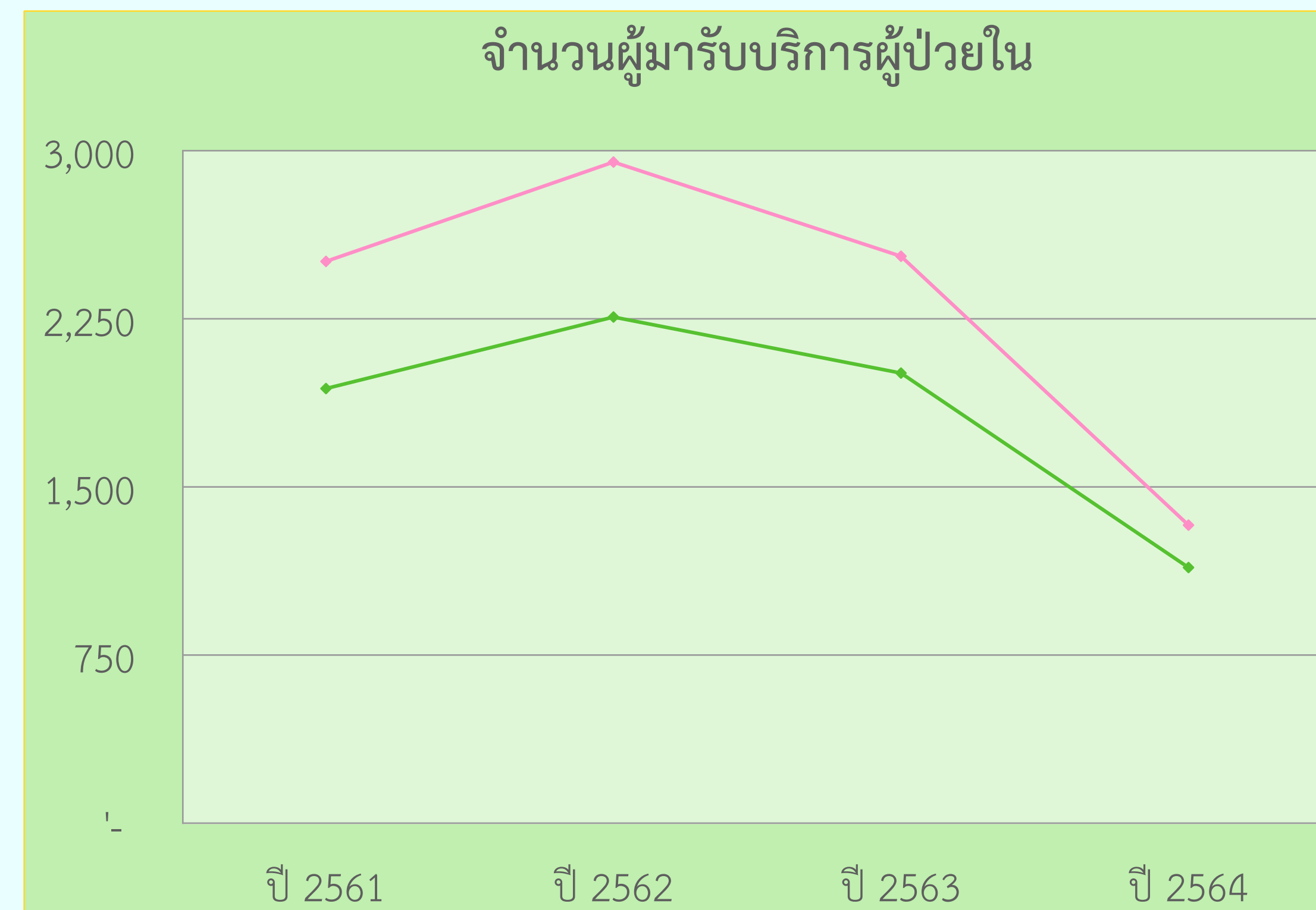
จำนวนผู้มารับบริการ ผู้ป่วยนอก

ปีงบประมาณ 2561 - 2564



จำนวนผู้มารับบริการ ผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ 2561 - 2564



โรคที่พบบ่อย ผู้ป่วยนอก ปี งบประมาณ 2562 - 2564



โรคที่พบบ่อย ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2562 - 2564



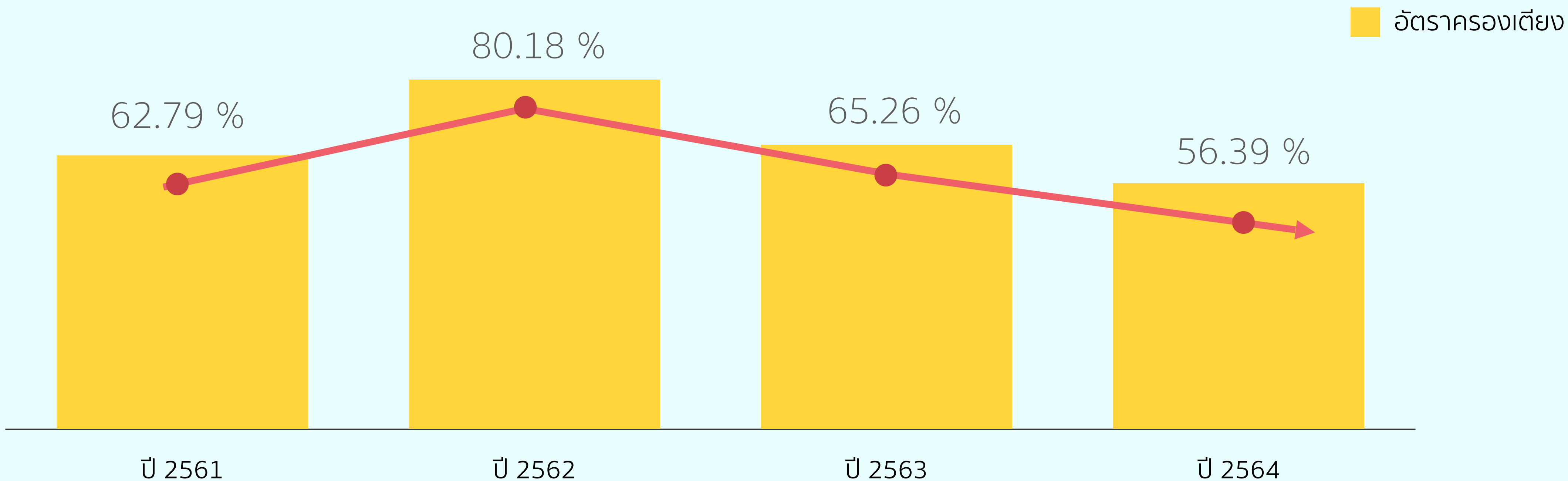
ผู้ป่วยในโรงพยาบาลกาบัง



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง
จังหวัดยะลา

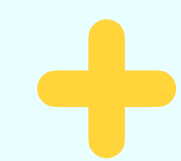
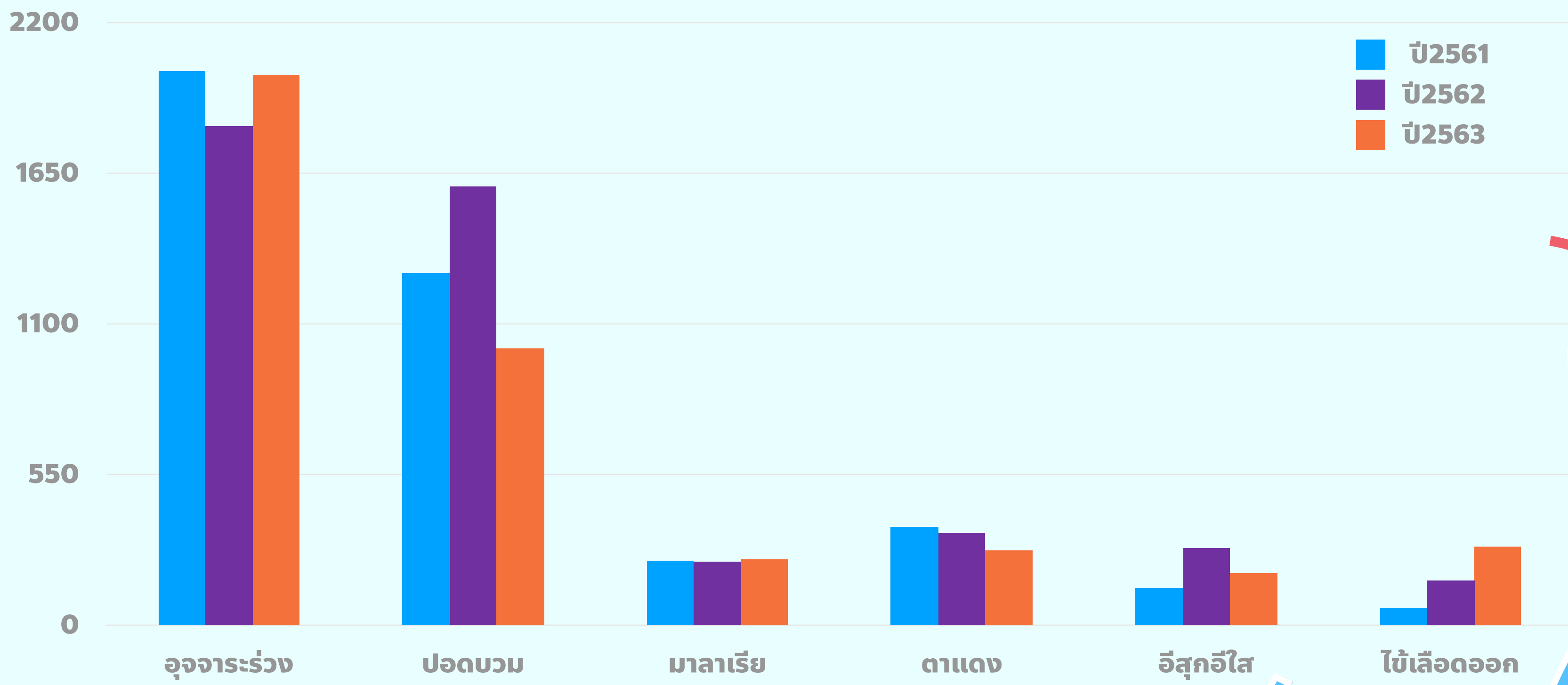
อัตราการเตียง ผู้ป่วยใน

ปีงบประมาณ 2561 - 2564

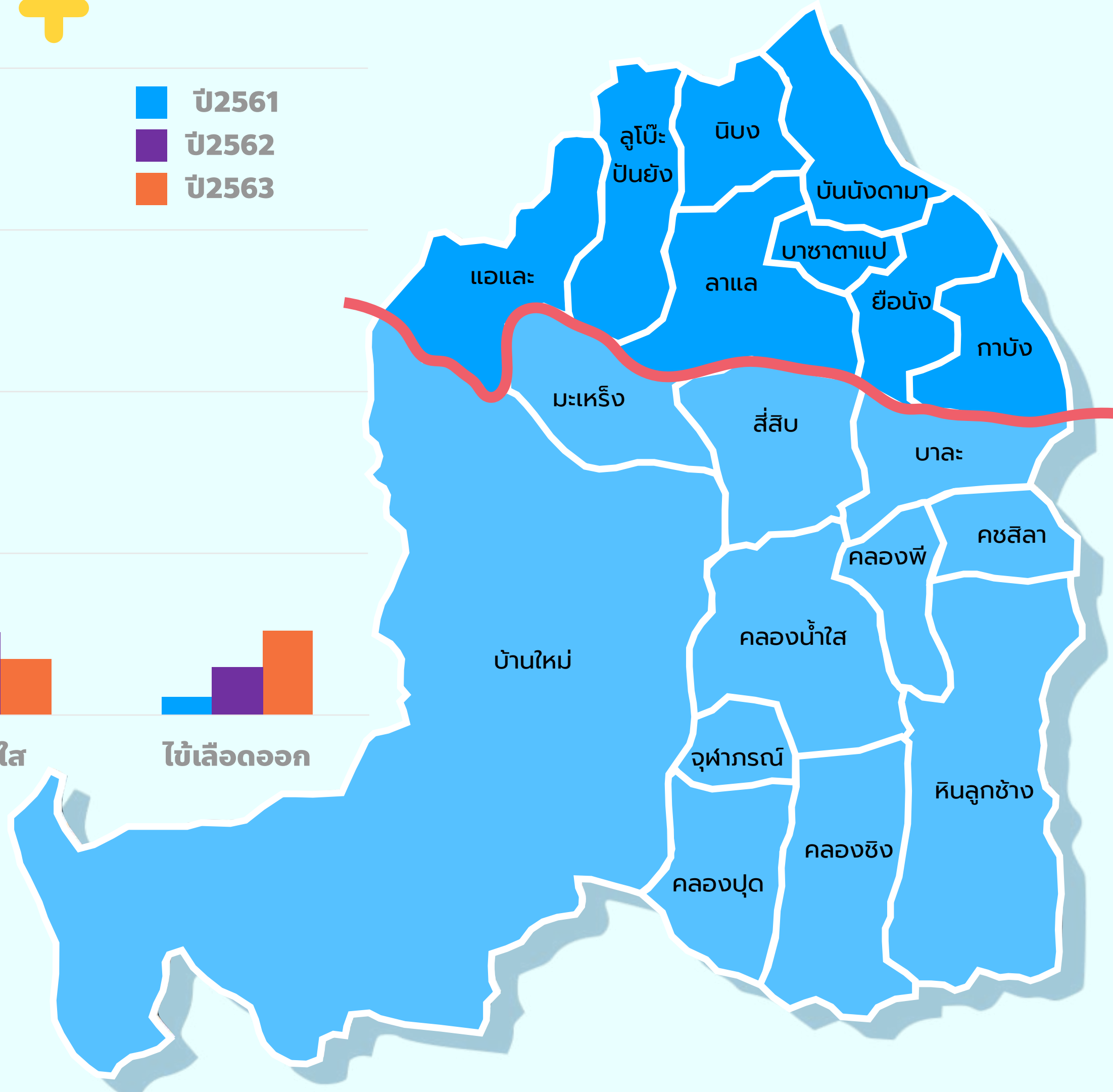




โรคระบาดในพื้นที่ต่อประชากรแสน



- ปี 2561
- ปี 2562
- ปี 2563



ประเด็น การพัฒนา ตามกลยุทธ์ 3S

SMART

- ◆ กัญชาทางการแพทย์
- ◆ ระบบควบคุมโรค
- ◆ GREE & CLEAN
- ◆ Mom
- ◆ Kids

STRENGTH

- ◆ EPI
- ◆ HT/DM
- ◆ โรคนำโดยแมลง
- ◆ วัณโรค
- ◆ ผู้สูงอายุ

SUPPORT

- ◆ การพัฒนาระบบบริการ
การเงินการคลัง
- ◆ ระบบควบคุมภายในคุณภาพ
- ◆ ข้อมูล 43 แฟ้ม
- ◆ องค์กรคุณภาพ
- ◆ องค์กรแห่งความสุข

๔
ประเด็น
การพัฒนา
ตามกลยุทธ์ด้าน
SMART

กัญชาทางการแพทย์
การเข้าถึงบริการ

ระบบควบคุมโรค
(ประสิทธิภาพ 3s)

GREE & CLEAN
(ผ่านเกณฑ์ดีมาก 100%)

Mom
(PNA)

Kids
พัฒนาการเด็ก, โภชนาการ, ก้นตะ,
สูงดีสมส่วน

โครงการกัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลในจังหวัดยะลาให้บริการกัญชาทางการแพทย์ภายในปี 2564

สถานการณ์

ปี 2563 มีการเปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์โดยเปิดคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์
ปี 2564 เปิดให้บริการกัญชาทางการแพทย์ โดยมีเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก และสำรวจผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด

นวัตกรรม

พัฒนารูปแบบสื่อความรู้ เรื่องกัญชาทางการแพทย์ (แผ่นพลิกตั้งโต๊ะ)

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์

แก่ผู้มารับบริการ

การดำเนินงาน

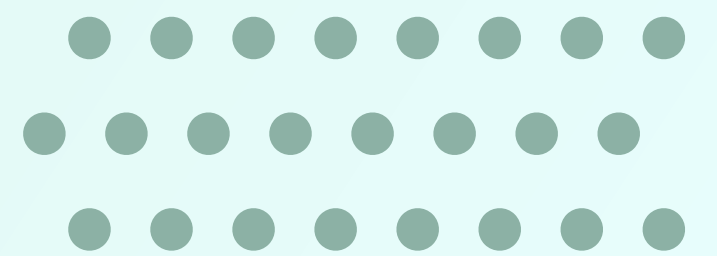
- พัฒนารูปแบบบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
- เกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุก การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก
- จำนวนผู้ป่วยเข้ารับ การรักษา จำนวน 9 คน
- เข้าเกณฑ์ได้รับยากัญชา จำนวน 3 ราย (โรคผิวหนัง)

ปัญหาและอุปสรรค

- สถานการณ์โควิด-19
- การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในเรื่องการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาเพื่อสร้างความเข้าใจต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม. และประชาชน
- ตำรับยาที่ขอสนับสนุน ยังไม่ได้รับ เนื่องจากวัสดุที่ใช้ขาดตลาด

แนวทางแก้ไข

- เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์การเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เช่น วิทยู สื่อออนไลน์ เสียงตามสาย เป็นต้น
- เพิ่มการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ โดยอาศัยเจ้าหน้าที่รพ.สต. และอสม.

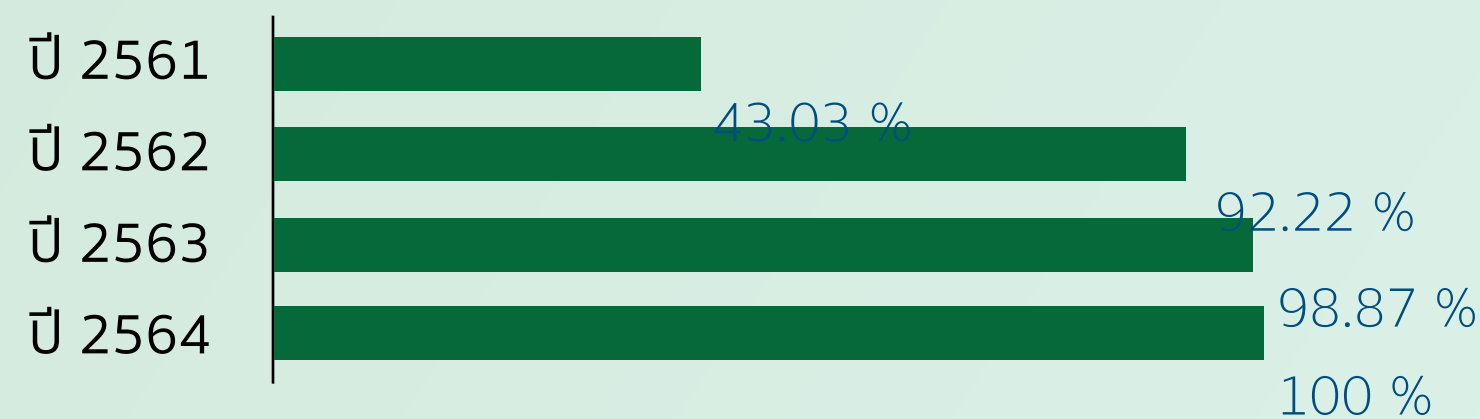


ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

ทีมตระหนักดูแลสุขภาพการณ SAT และ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค JIT

ตัวชี้วัด ความทันเวลาของการส่งรายงาน 506 ร้อยละ 100

ผลการดำเนินงานความทันเวลาในการส่งรายงาน 506



การดำเนินงาน

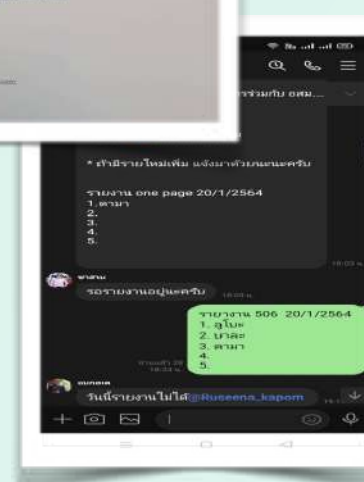
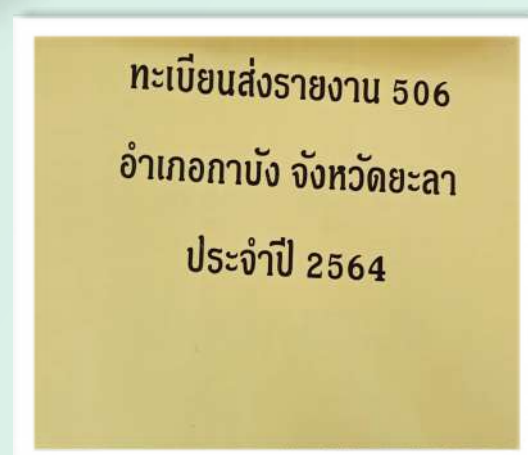
การส่งรายงาน 506 ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนบัตรรายงาน 506 จำนวน 183 เหตุการณ์ ส่งทันเวลา 183 เหตุการณ์ ส่งไม่ทันเวลา 0 เหตุการณ์ ผลงานร้อยละ 100

ปัญหาอุปสรรค

ทีม SRRT มีภาระงาน over load ทำให้ส่งรายงานล่าช้า

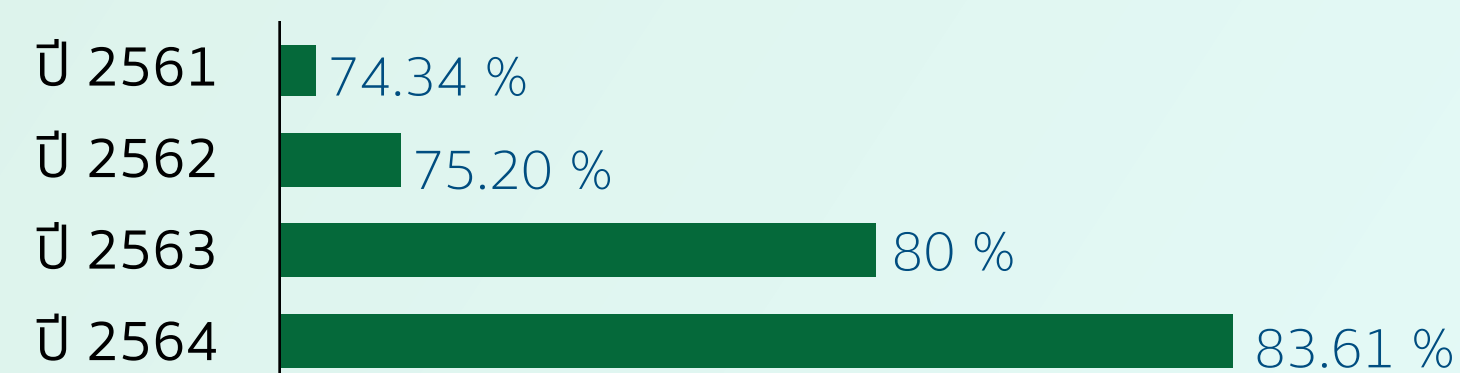
แนวทางแก้ไข

เจ้าหน้าที่ประจำเวรรักษาเป็นผู้ส่งรายงาน 506 ทุกวัน ก่อน เวลา 15.00 น. ทุกวัน



ตัวชี้วัด ความทันเวลาการรับแจ้งข่าวตามเกณฑ์การสอบสวนโรค ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงานความทันเวลาการรับแจ้งข่าวตามเกณฑ์การสอบสวนโรค



การดำเนินงาน

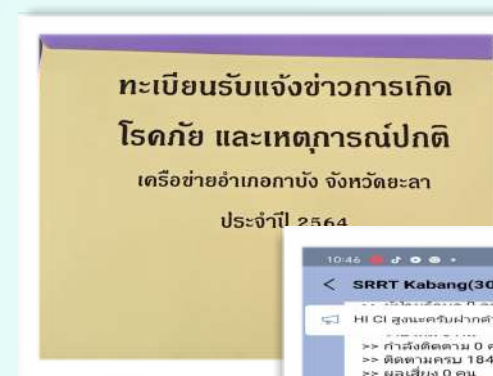
ผลการดำเนินงานความทันเวลาการรับแจ้งข่าวตามเกณฑ์การสอบสวนโรค ในปี พ.ศ. 2564 เป้าหมาย 183 เหตุการณ์ ผลงาน 153 เหตุการณ์ ร้อยละ 83.61

ปัญหาอุปสรรค

ทีม SRRT มีภาระงาน over load ทำให้ส่งรายงานล่าช้า

แนวทางแก้ไข

1. หากมีการรับเคสล่าช้า เจ้าหน้าที่ สสอ จะโทรแจ้งผ่านโทรศัพท์ส่วนตัวทันที
2. หากผู้รับผิดชอบงานติดตามการ ให้ นสค ของพื้นที่นั้นลงควบคุมโรคแทน



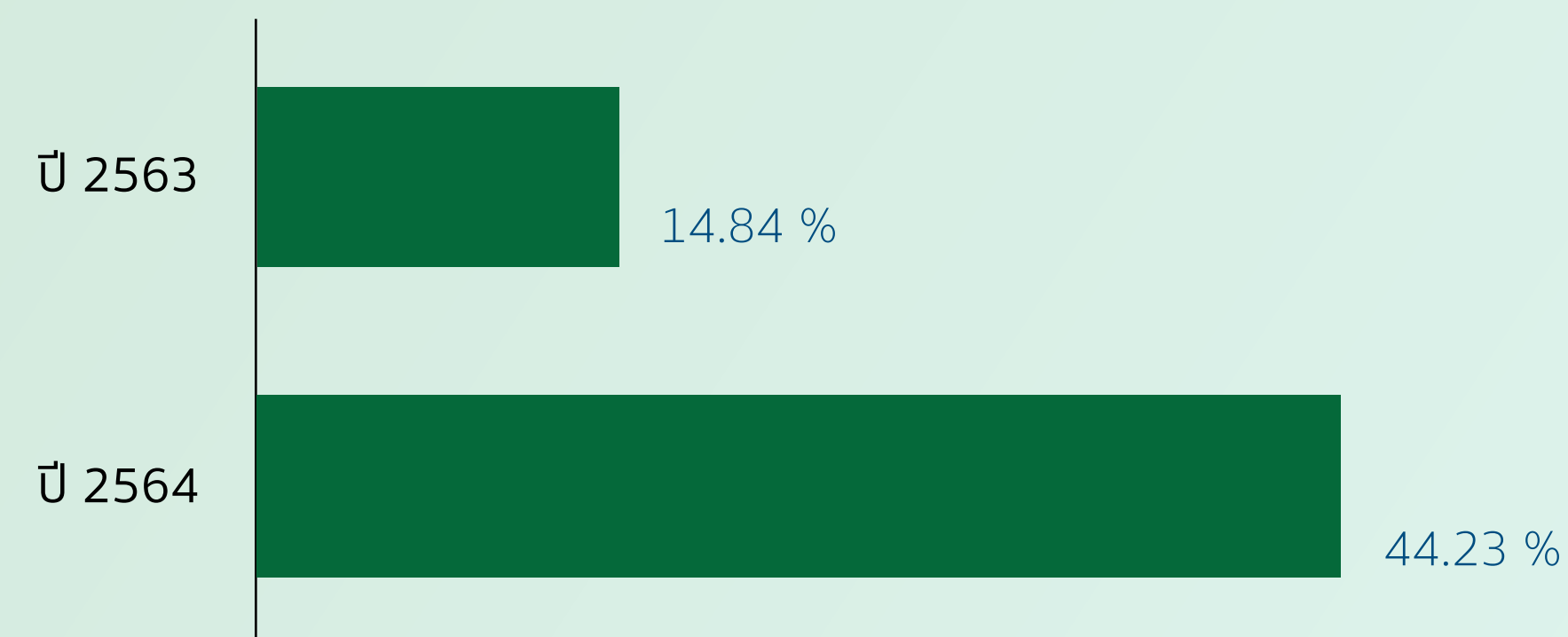
ระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

ทีมตระหนักดูแลสุขภาพการณ SAT และ ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค JIT

ตัวชี้วัด ความทันเวลาการส่งรายงานสอบสวนโรค ร้อยละ 80

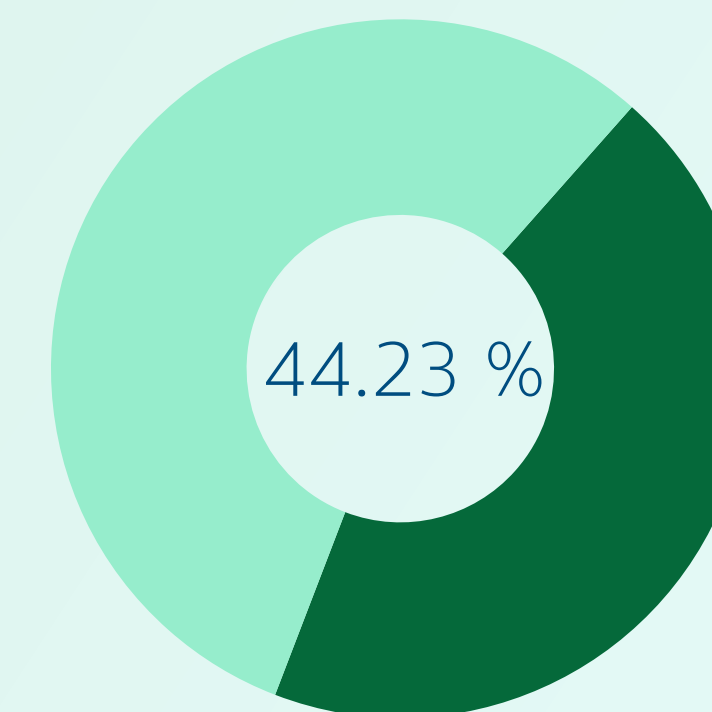
สถานการณ์

ผลการดำเนินงานความทันเวลาการส่งรายงานสอบสวนโรค



การดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานส่งรายงานสอบสวนโรคทันเวลา ปี 2564 จำนวนรายงานที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 52 ฉบับ ส่งทันเวลา จำนวน 23 ฉบับ



ปัญหาอุปสรรค

1. รายงานสอบสวนโรคแยกเป็น นสค
2. เคสหลุด จากจุด M OPD ไม่ได้รายงานเคส
3. ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ไม่เป็นปัจจุบัน (เวลาเคสหลุดไม่สามารถติดต่อคนไข้ได้)

แนวทางแก้ไข

1. ปรับเกณฑ์ของรายงานสอบสวนโรคทำตาม นสค
2. จัดอบรมเรื่อง รายงานสอบสวนโรคเบื้องต้นให้กับ นสค.
3. จัดทำแนวทางปฏิบัติด้วยกัน



GREEN & CLEAN Hospital

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
(โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป)

สถานการณ์

- ผลการดำเนินในรอบที่ผ่านมาหน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ในระดับดี
- กรรมการขาดความมุ่งมั่นในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงาน

- คณะกรรมการงาน GREEN & CLEAN Hospital มีการประชุม ทบทวน และวางแผนเพื่อพัฒนางานที่ต้องปรับปรุงแก้ไขให้ผ่านมาตรฐานต่อไป
- มีการมอบหมายงานให้แต่ละทีมนำข้อเสนอแนะจากทีมประเมิน มาปรับปรุงพัฒนาต่ออย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรค

- คณะกรรมการขาดความมุ่งมั่นในการพัฒนาทำให้การพัฒนางานเป็นไปด้วยความล่าช้า
- ขาดความร่วมมือกันในการทำงาน ทำให้การพัฒนางานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้

แนวทางแก้ไข

- ประสาน หน.ฝ่าย/ หน.งานเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนางาน และมีการแบ่งทีมในการพัฒนางาน
- นำข้อเสนอแนะจากทีมประเมินมาทบทวนและวางแผนการพัฒนางานให้ต่อเนื่องต่อไป
- การติดตามความก้าวหน้าในแต่ละประเด็นที่ต้องปรับปรุงเป็นประจำ

ประชุมวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในแต่ละด้าน และวางแผนการพัฒนาต่อไป



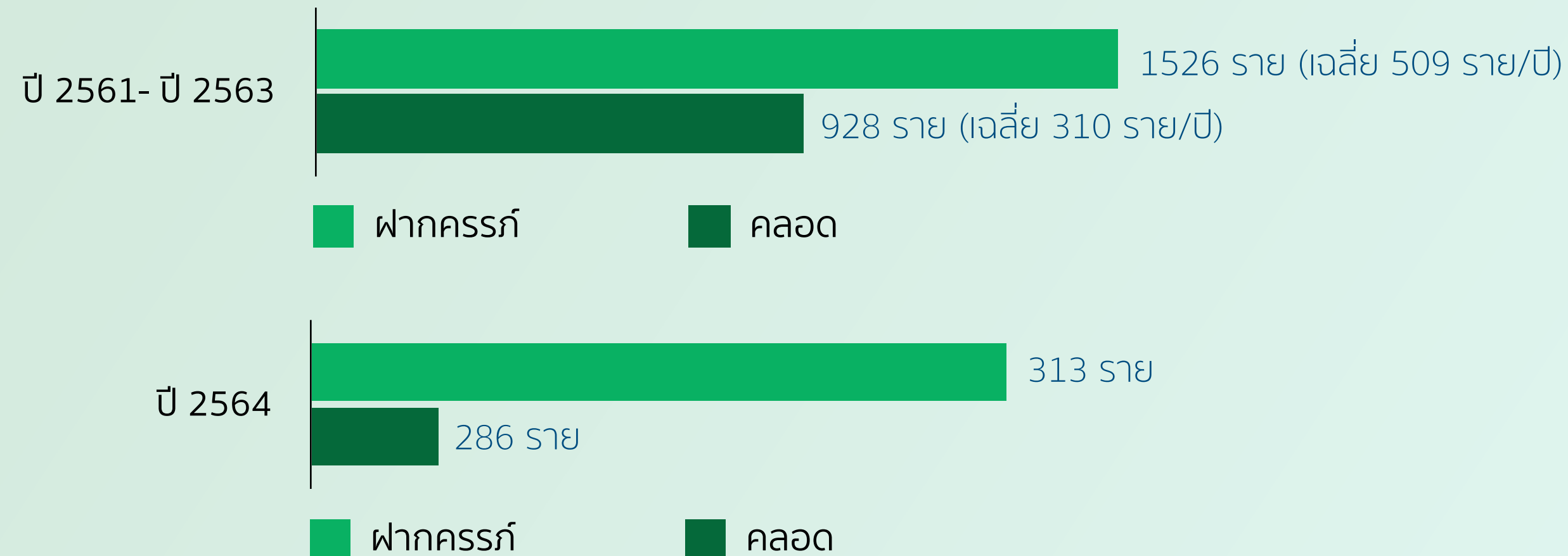
ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

: อัตราส่วนมารดาตาย

: ไม่เกิน 16 ต่อแสนรายของการเกิดมีชีพ

สถานการณ์



การดำเนินงาน

- 📌 ทบทวน Flow chart PNC , CPG และ Fast track refer ร่วมกับทีมแพทย์ที่จบมาใหม่
- 📌 ทบทวน ซ้อม ทักษะภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม เพื่อไว้ต่อการ resuscitate
- 📌 ใช้ โปรแกรม COC เยี่ยมหลังคลอดในมารดาเสี่ยงทุกราย
- 📌 ทบทวน RCA มารดาเสี่ยงระดับ E ทุกราย

ปัญหาอุปสรรค

- 📌 ทักษะการให้สุขศึกษา การให้ความรู้มารดาหลังคลอดนำไปสู่การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว ที่สามารถดูแลตนเอง และสามารถแจ้งเจ้าหน้าที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากมีอาการผิดปกติ นำไปสู่การรักษาได้ทันถ่วงที

ปัญบ 61-64 ไม่พบมารดาเสียชีวิต จากการตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด

แนวทางแก้ไข

ดำเนินการ case Manager มารดาเสี่ยงหลังคลอด ติดตาม ส่งต่อ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างทีมเยี่ยมบ้านกับ รพ , consult วางแผนร่วมกับแพทย์ในรายที่ผิดปกติ



ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงาน High Risk Care

สถานการณ์

- ค่าคาดประมาณการคลอดหญิงตั้งครรภ์ จาก HDC เทียบกับหญิงคลอดฐานห้องคลอด LR (85 %)
 $286/327 = 87.46$
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน (100%) $16/16 = 100$
- อัตรามารดาเสียชีวิตจากโรคที่เฝ้าระวัง (16:100,000LB) $0/184 = 0$
- ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้รับการวางแผนครอบครัวแบบกึ่งถาวรและถาวร(50%)
 $15/21=71.14$ Depo=6/Etoplan=1/TR=2 /condom=6

ปัญหาอุปสรรค

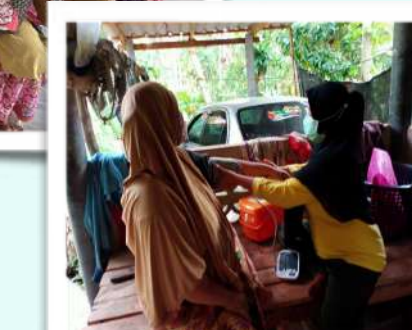
- การเข้าถึงของข้อมูลของผู้รับบริการไม่เพียงพอ
- ระบบการคีย์ข้อมูลไม่ครอบคลุม ครบถ้วน

แนวทางแก้ไข

- เยี่ยมบ้านเสริมความไว้วางใจ
- คืนข้อมูลในระดับอำเภอในที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน
- มีการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและครอบคลุมครบถ้วน

การดำเนินงาน

- ปี 2563 -2564 ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน High Risk Care โดยเริ่มตั้งแต่
 - Pre-Hos มีการตั้งเป้าหมายมารดาตั้งครรภ์ทั้งหมด 680 ราย ค้นหาเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์. คัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้าน และสร้างเครือข่าย
 - In Hos ANC จัดตั้งคลินิกครรภ์เสี่ยง มีการคัดกรองและแยกประเภทความเสี่ยง ดูแลรักษา วางแผนการคลอด และติดตามอย่างต่อเนื่อง
 - LR คุณภาพ มีการประเมินความเสี่ยงคนไข้แรกรับตามดูแลและมีมาตรฐานการระบบส่งต่อ
 - PP คุณภาพ มีการประเมินความเสี่ยง มีการวางแผนการจำหน่าย ประเมินส่งต่อพื้นที่ และมีการเยี่ยมบ้านคุณภาพ



เด็กสมวัย สมส่วน สุขภาพดี ภาคีเครือข่ายคุณภาพ

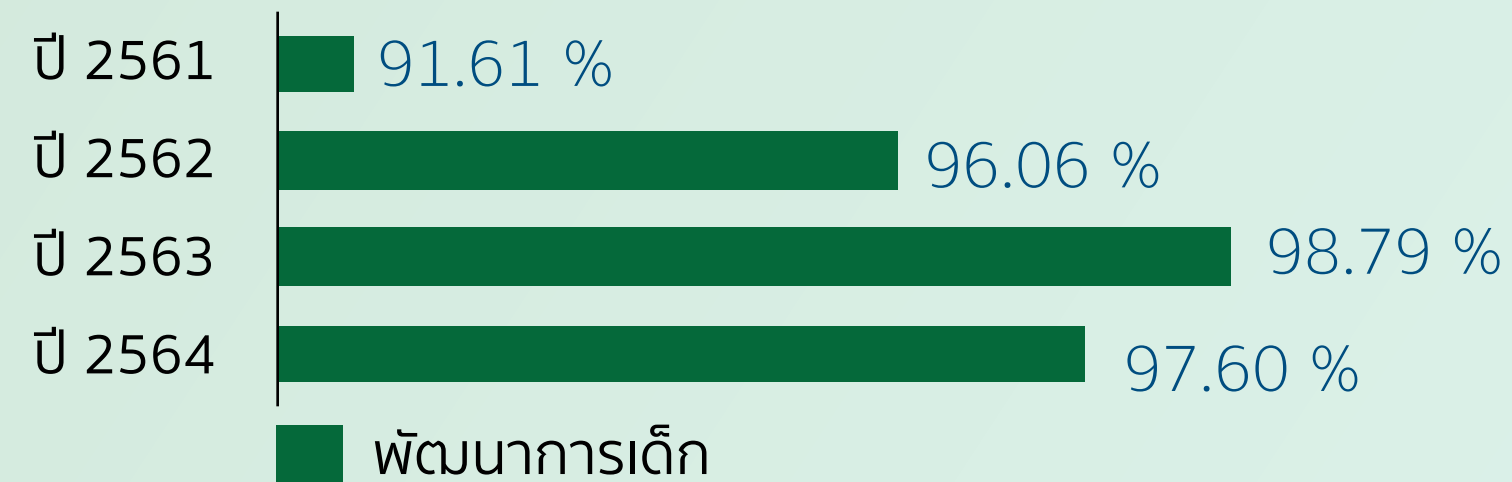
ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 85 ของเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่
กำหนดมีพัฒนาการสมวัย



สถานการณ์

จากผลการดำเนินงานคลินิกเด็กดีที่ผ่านมา งานพัฒนาการเด็ก



การดำเนินงาน

เด็กที่มีพัฒนาการสมวัยสูงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ดีแต่ความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการในแต่ละไตรมาสยังน้อย ปี 2564 มีแผนพัฒนาในการคัดกรองให้ครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 95 เพื่อเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กให้มากที่สุดและป้องกันพัฒนาการล่าช้า

ปัญหาอุปสรรค

- ผู้ปกครองติดภาระงาน , เด็กอยู่ที่โรงเรียน , เด็กเรียนนอกพื้นที่
- บางพื้นที่ติดต่อสื่อสารไม่สะดวก
- งานรณรงค์พัฒนาการ, โภชนาการ, วิตามิน A ต้องคีย์ช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เพิ่มภาระในการคีย์ข้อมูล
- การส่งตรวจพัฒนาการเชิงรุกในชุมชนไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจาก
 - เด็กไม่ได้อยู่ในพื้นที่(ฝากเลี้ยงที่หมู่บ้านอื่น)
 - ไม่มีสถานที่ตรวจ/ไม่เหมาะสม
- เด็กที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายมาบกวนการตรวจพัฒนาการ

แนวทางแก้ไข

- ลงพื้นที่ตรวจเชิงรุกในชุมชน/โรงเรียน
- ให้ อสม. ในพื้นที่ติดตาม , ติดต่อญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง
- จัดสรรคอมพิวเตอร์/โน้ตบุคสำรองกรณีคอมเสีย
- กิจกรรมพัฒนาการสัญจร เปลี่ยนรูปแบบเป็นการลงพื้นที่ในชุมชน/โรงเรียนแทน
- ประสานทีมผู้ดูแลจังหวัด ให้งานรณรงค์อยู่ในเดือนแรก
- ประสานผู้บริหาร/ผู้นำชุมชน/ภาคีเครือข่ายขอพื้นที่/สำนักงานในการตรวจ

เด็กสมวัย สมส่วน สุขภาพดี ภาคีเครือข่ายคุณภาพ

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละ 100 เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด
มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม



สถานการณ์

จากผลการดำเนินงาน. พบปัญหาในการติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการส่งต่อ
ไม่สามารถไปรับการกระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลาตามนัด เนื่องจาก
เนื่องจากครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การคมนาคม (ห่างไกล, ไม่มีรถประจำทาง)
ประกอบกับมีค่าใช้จ่ายในการเหมารถรับจ้างค่อนข้างสูง อีกทั้งครอบครัวมีบุตรอายุ 0-5 ปี
หลายคน ทำให้ไม่สามารถพาบุตรไปรับการกระตุ้นพัฒนาการได้ตามนัด

การดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานติดตามพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้า ในปี พ.ศ. 2564 ติดตามไม่ได้ 12 ราย
เนื่องจากในช่วงเวลาการติดตามพัฒนาการ เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจาก
รพศ.ยะลา/เด็กพัฒนาการล่าช้า/เด็กอยู่ในช่วงแอดมิท ทำให้ไม่สามารถติดตามพัฒนาการ
ตามเวลาที่กำหนดได้

ปัญหาอุปสรรค

- ผู้ปกครองติดภาระงาน , เด็กอยู่ที่โรงเรียน , เด็กเรียนนอกพื้นที่
- ไม่มาตามนัด(กระตุ้นพัฒนาการ)
- บางพื้นที่ติดต่อสื่อสารไม่สะดวก
- ผู้ปกครองปฏิเสธการส่งต่อเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายและการเดินทาง/ผปค.มีบุตรหลายคน

แนวทางแก้ไข

- ลงพื้นที่ตรวจเชิงรุกในชุมชน/โรงเรียน
- ให้ ผปค./อสม.ถ่ายคลิปวิดีโอส่งทางไลน์เจ้าหน้าที่
- ให้ อสม. ในพื้นที่ติดตาม , ติดต่อญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง
- ติดต่อรถ สสอ.ในการส่ง-รับเฉพาะเคสที่มีความจำเป็น

เด็กสมวัย สมส่วน สุขภาพดี ภาคีเครือข่ายคุณภาพ

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

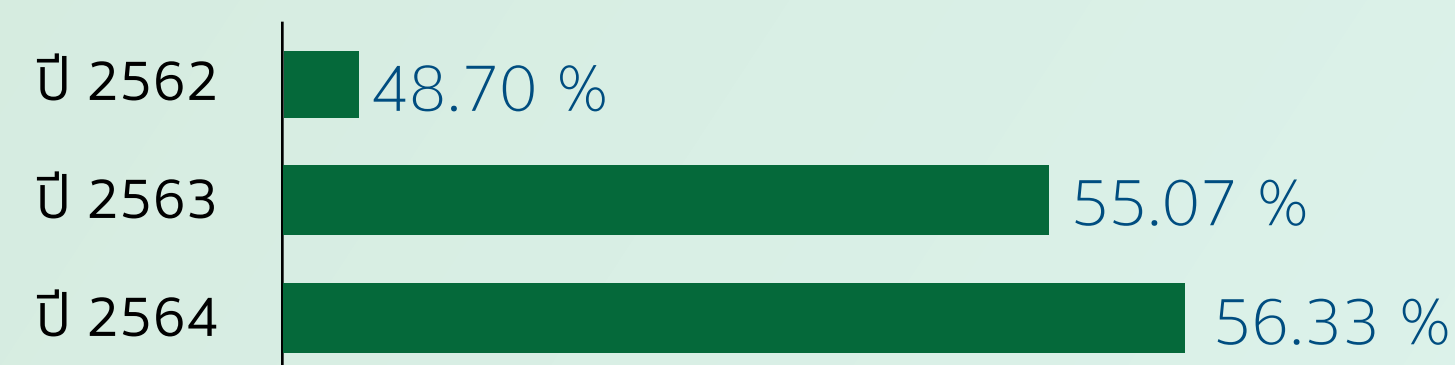
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี เด็กชาย 113 ซม.
เด็กหญิง 112 ซม.

สถานการณ์

จากผลการดำเนินงาน พบบริบทของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ปกครองออกไปทำงานต่างหมู่บ้าน/ต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด/ต่างประเทศ (มาเลเซีย) บุตรหลานมักอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งในพื้นที่ และต่างพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถจัดหาอาหารให้บุตรหลานครบตามอาหารหลัก 5 หมู่ โดยผู้ดูแลซื้ออาหารตามร้านน้ำชาขนมขบเคี้ยวให้เด็กกิน อีกทั้งนมที่ให้เด็กมักเป็นนมข้นหวาน และนมกล่องรสหวานหรือนมเปรี้ยว เป็นส่วนใหญ่

การดำเนินงาน

งานโภชนาการเด็ก พบว่า เด็กที่มีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ใน



ซึ่งความครอบคลุมในการคัดกรองโภชนาการในแต่ละไตรมาสยังน้อย ปี 2564 เนื่องจากสถานการณ์โรคติดเชื้อ covid ระบาด ทำให้ส่งผลการคัดกรองได้น้อย

ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ปกครองติดภาระงาน , เด็กอยู่ที่โรงเรียน , เด็กเรียนนอกพื้นที่
2. บางพื้นที่ติดต่อสื่อสารไม่สะดวก
3. งานรณรงค์พัฒนาการ, โภชนาการ, วิตามิน A ต้องคีย์ช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้เพิ่มภาระในการคีย์ข้อมูล
4. ปัญหาเด็กขาดสารอาหาร , เตี้ย , ผอม แก่ไขได้ยาก เนื่องจาก ฝปค. มีรายได้น้อย ตกงาน
5. เครื่องชั่งน้ำหนักชำรุดง่าย มีอายุการใช้งานสั้น ที่วัดส่วนสูงแบบพกพาไม่สะดวกต่อการใช้งาน



แนวทางแก้ไข

1. ให้ อสม. ในพื้นที่ติดตาม , ติดต่อญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง
2. ประสานทีมผู้ดูแลจังหวัด ให้งานรณรงค์อยู่ในเดือนแรก
3. ประชาสัมพันธ์ ให้ ฝปค. ปลุกฝึกกินเอง เพื่อลดค่าใช้จ่าย
4. จัดตั้งชมรมแม่เด็กผอม เตี้ย ปลุกฝึกกินเอง เพื่อรณรงค์กิจกรรม
5. เข้าแผนจัดซื้อเครื่องชั่งน้ำหนักทุกปี จัดซื้อสายวัดแบบพับเพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้



เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

เด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

สถานการณ์



การดำเนินงาน

เร่งรัดเด็กมารับรักษา ในช่วงเดือน ธค.63 – มีค.64 โดยดำเนินการ ดังนี้

1. นัดรักษาเด็กนักเรียน ในโรงเรียนที่รับผิดชอบ
2. นัดรักษาเด็กนักเรียน ที่เรียนนอกพื้นที่ อ.กาบัง

ปัญหาอุปสรรค

ช่วงเดือน เมย. 64 เป็นช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ทันตบุคลากร จึงไปทำหน้าที่ร่วมกับทีม 1. ทีม swab 2. ทีมคัดกรอง 3. ทีม SRRT 4. ทีม Logistic 5. ทีมวัคซีน

แนวทางแก้ไข

สถานการณ์การระบาดของเชื้อ COVID-19 อ.กาบัง มีแนวโน้มดีขึ้น อาจพิจารณาให้ทำงานทำงานส่งเสริม ป้องกัน เช่น เคลือบหลุมร่องฟันฯ เป็นต้น



๓

ประเด็น การพัฒนา ตามกลยุทธ์ด้าน STRENGTH

EPI

(ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน)

HT/DM

(ลดผู้ป่วย HT/DM รายใหม่)

โรคนำโดยแมลง

(ลดไข้เลือดออก/มาลาเรีย)

วัณโรค

(คืนชีพจบด้วยหาย)

ผู้สูงอายุ

(Long Term Care)

การสร้างภูมิคุ้มกันโรค

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานในเด็กอายุครบ 1, 3 และ 5 ปี

สถานการณ์

ผลการดำเนินงานปี 2561-2563									
ช่วงอายุ	เป้าหมาย			ผลงาน			ร้อยละ		
	61	62	63	61	62	63	61	62	63
ความครอบคลุมช่วงอายุ 1 ปี	321	362	403	311	352	399	96.88	97.24	99.01
ความครอบคลุมช่วงอายุ 3 ปี	361	379	394	355	318	352	98.23	83.90	89.30
ความครอบคลุมช่วงอายุ 5 ปี	311	332	380	300	216	360	96.46	65.06	94.74

การดำเนินงาน

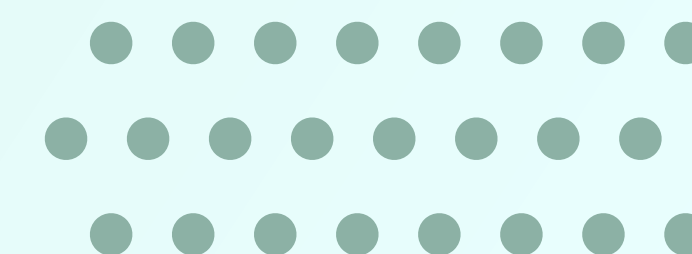
1. สำรวจจำนวนเด็ก 0-5 ปี. ที่มีอยู่จริงในพื้นที่ ลงในระบบฐานข้อมูล
2. ตรวจสอบรายชื่อตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องมาฉีดวัคซีนตามกลุ่มอายุ 1 ปี, 2 ปี, 3 ปี, 5 ปี
3. แจงรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้กับ นสค. ประสานกลุ่มเป้าหมายให้มาฉีดวัคซีนในคลินิก
4. รพ.สต. แจงรายชื่อให้กับผู้นำชุมชน อสม. ในวันประชุมประจำเดือน
5. ถ้ากลุ่มเป้าหมายไม่มาฉีดวัคซีนตามนัด ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เลื่อนนัดฉีดในสัปดาห์ถัดไป
6. ติดตามเยี่ยมบ้านและให้บริการวัคซีนตามบ้านร่วมกับ นสค. และอสม.ในพื้นที่ทุกๆวันศุกร์
7. ลงข้อมูลในระบบการบริการให้เป็นปัจจุบัน

ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้ปกครองยังมีความเชื่อที่ผิดๆ
2. วัคซีนไม่หลากหลาย บ่ายเบี่ยงปฏิเสธวัคซีน
3. ฉีดแล้วมีไข้ ผู้ปกครองต้องหยุดงาน
4. บุตรอาศัยอยู่กับปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ไปทำงานที่อื่นทำให้ลำบากในการพาเด็กมาฉีดวัคซีน

แนวทางแก้ไข

1. ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเด็กว่าสามารถนำบุตรหลานไปฉีดวัคซีนได้ทุกสถานบริการใกล้บ้าน
2. ตรวจสอบรายชื่อตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องมาฉีดแต่ละสัปดาห์ ถ้าไม่มาตามนัดให้เลื่อนนัดในสัปดาห์ถัดไป
3. ให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองเด็ก ในภาพเครือข่ายของผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เรื่องวัคซีน
- สร้างความมั่นใจแก่ผู้ปกครองเด็กในตัวเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการ
- อธิบายประโยชน์ของวัคซีน
4. ประสาน อสม. หรือผู้นำศาสนาให้นำบุตรหลานมาบริการวัคซีนในวันที่มีคลินิก
5. ออกให้บริการวัคซีนตามหมู่บ้านเชิงรุก



ลดป่วย HT/DM รายใหม่

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

สถานการณ์

ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2564 ร้อยละ 1.81 (เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 1.3)

อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร้อยละ 5. (เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 4.5)

การดำเนินงาน

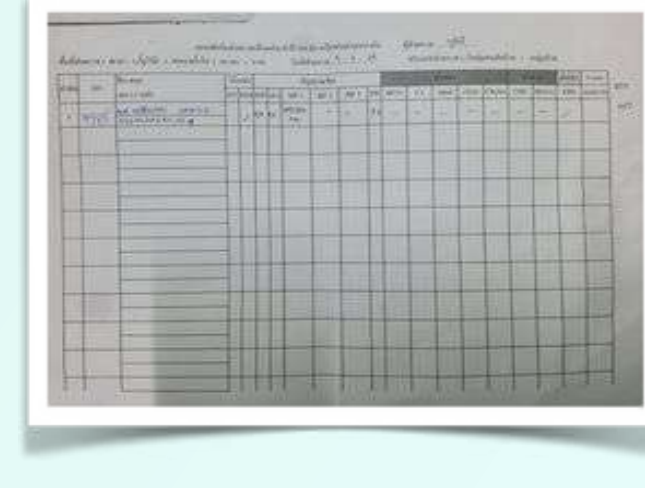
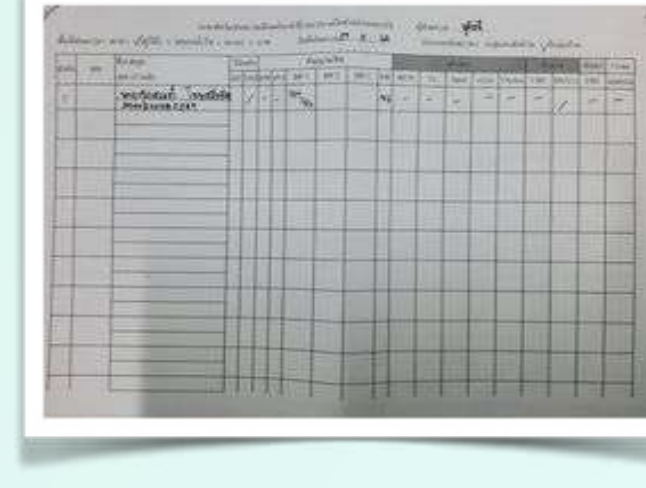
- 1.จัดทำ Road map การดำเนินการคัดกรองและติดตามประเมินผล
- 2.กำหนดระยะเวลาคัดกรองให้ครอบคลุมร้อยละ 90 ในไตรมาสแรก พร้อมบันทึกข้อมูลใน JHCIS/Hos xp
- 3.พัฒนาระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยง จัดทำแผนการดำเนินงานการติดตามกลุ่มเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปัญหาอุปสรรค

- 1.ข้อจำกัดในการติดตามจากสถานการณ์โรคปัจจุบัน
2. ข้อจำกัดของพื้นที่ด้านเทคโนโลยีในการสื่อสาร

แนวทางแก้ไข

- 1.พัฒนารูปแบบการสอบสวนผู้ป่วยรายใหม่ ที่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในการดำเนินงานในปีถัด
2. ปรับรูปแบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีให้เหมาะกับบริบท



โรคนำโดยแมลง

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย : อัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียลดลง

สถานการณ์

สถานการณ์โรคไข้มาลาเรีย ปี 2563 พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 111 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 465.17 ต่อประชากรแสนคน ปี. 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 21 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 89.40 ต่อประชากรแสนคน ลดลงจากที่ที่ผ่านมา ร้อยละ 19.21

การดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน. พบว่า ปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 22 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 89.40 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยด้วยโรคไข้มาลาเรียลดลงจากที่ที่ผ่านมา ร้อยละ 19.21



ปัญหาอุปสรรค

1. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังล่าช้า ทำให้การควบคุมไม่ทันเวลาและครบถ้วน
2. ทีม SRRT มีภาระงาน over load ทำให้ส่งรายงานล่าช้า
3. ในการลงพื้นที่ควบคุมโรคพื้นที่ห่างไกลไม่สะดวกในการลงพื้นที่ (กรณีขั้บรถยนต์ไม่เป็น)
4. เคลสหลุด จากจุด M OPD ไม่ได้รายงานเคลส
5. ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ไม่เป็นปัจจุบัน (เวลาเคลสหลุดไม่สามารถติดต่อคนไข้ได้)
6. ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค เช่น ฟันเคมี (MP)
7. ประชาชนไม่มีความตระหนักในการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้าน

แนวทางแก้ไข

1. พัฒนารูปแบบการแจ้งข่าวสารและการส่งต่อผู้ป่วยผ่าน Line กลุ่ม SRRT kabang
2. แยกงานระบาดกับงานคลังยา (ผู้รับผิดชอบคนละคน)
3. ในกรณีไม่แยก งานระบาดกับงานคลังยา ให้แยกงานระบาดกับงานควบคุมโรคแทน
4. ปรับเกณฑ์ของรายงานสอบสวนโรคให้สอดคล้องกับพื้นที่ (ตามหนังสือประเมิน SRRT เล่มสี่เล่ม และ สีฟ้า)
5. จัดทีมภาคีเครือข่ายในการลงพื้นที่ด้วยกัน หากไม่ยินยอม (ให้เซ็นใบไม่ยินยอม)
6. ประสาน ผอ.อบ ให้มีกิจกรรม 5 ส, จิตอาสา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมส่งภาพกิจกรรมให้กับ จนท ในพื้นที่นั้นๆ
7. แจกสเปรย์ไล่ยุงในบ้านที่มีผู้ป่วยก่อน

โรคนำโดยแมลง

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด : อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก

สถานการณ์

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2564 อ.กาบัง
ไม่พบผู้ป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก

การดำเนินงาน

ปี 2561 - 2564 อำเภอกาบังไม่พบผู้ป่วยตายด้วยโรค
ไข้เลือดออก



ปัญหาอุปสรรค

1. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยยังล่าช้า ทำให้การควบคุมไม่ทันเวลาและครบถ้วน
2. ทีม SRRT มีภาระงาน over load ทำให้ส่งรายงานล่าช้า
3. ในการลงพื้นที่ควบคุมโรคพื้นที่ห่างไกลไม่สะดวกในการลงพื้นที่ (กรณีขั้บรถยนต์ไม่เป็น)
4. เคนหลุด จากจุด M OPD ไม่ได้รายงานเคส
5. ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ไม่เป็นปัจจุบัน (เวลาเคนหลุดไม่สามารถติดต่อคนไข้ได้)
6. ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุมโรค เช่น ฟนหมอกควัน (DF, DHF)
7. ประชาชนไม่มีความตระหนักในการดูแลสิ่งแวดล้อมรอบๆบ้าน

แนวทางแก้ไข

1. พัฒนารูปแบบการแจ้งข่าวสารและการส่งต่อผู้ป่วยผ่าน Line กลุ่ม SRRT kabang
2. แยกงานระดับกับงานคลังยา (ผู้รับผิดชอบคนละคน)
3. ในกรณีไม่แยก งานระดับกับงานคลังยา ให้แยกงานระดับกับงานควบคุมโรคแทน
4. จัดทีมภาคีเครือข่ายในการลงพื้นที่ด้วยกัน หากไม่ยินยอม (ให้เซ็นใบไม่ยินยอม)
5. ประสาน ผอ.อบ ให้มีกิจกรรม 5 ส, จิตอาสา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมส่งภาพกิจกรรมให้กับ จนท ในพื้นที่นั้นๆ
7. แจกสเปรย์ไล่ยุงในบ้านที่มีผู้ป่วยก่อน

อัตราความสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA)

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

: อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนไตรมาส 1/2563 อย่างน้อยร้อยละ 90 ,
คัดกรอง ค้นหาวัณโรค 7 กลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยร้อยละ 95

สถานการณ์

ปี พ.ศ. 2561 – 2563 พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน 28 , 26 และ 21 รายตามลำดับ ผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน จำนวน 1 ราย ปัจจุบันรักษาหาย (CURE) อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มากกว่าร้อยละ 90 อัตราตายร้อยละ 0 และอัตราการขาดยาร้อยละ 0

การดำเนินงาน

อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค อาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยงอาจไม่ครอบคลุมทุกราย โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่ปฏิเสธหรือเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยาก

ปัญหาอุปสรรค

- ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพทำสวนและในกลุ่มคนที่มีฐานะยากจน บางคนขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัวทำให้ไม่สามารถเดินทางมาทานยาวัณโรคต่อหน้าเจ้าหน้าที่ได้อย่างสม่ำเสมอ
- สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข

- Case Conference เพื่อหาประเด็นการช่วยเหลือโดยสหวิชาชีพ
- แต่งตั้ง Case Owner ประจำตัวผู้ป่วย / กำกับการกินยาโดย อสม.
- ให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย
- DOT ผ่าน Application Line โดยถ่ายวิดีโอขณะทานยา
- ติดตามอาการผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์สอบถาม

นวัตกรรม

- TB MUST (ปฏิทินการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค) / วงล้อการดูแลโรควัณโรค



งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2564

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ร้อยละผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

สถานการณ์

- มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เข้าร่วมตำบล LTC ร้อยละ 100
- มีระบบการประเมิน/คัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลช่วยเหลือระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan

การดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานเรื่องการคัดกรองการปฏิบัติกิจวัตร ของผู้สูงอายุทั้งหมด 2,150 คน

- ติดสังคม 1,928 คน
- ติดบ้าน 37 คน
- ติดเตียง 15 คน

คิดเป็นร้อยละ 92.09

ปัญหาอุปสรรค

1. ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการดูแล ผู้สูงอายุต้องดูแลตัวเอง เพียงลำพัง
2. พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคความดัน / เบาหวาน/ โรคหลอดเลือดสมอง/สุขภาพในช่องปากและการมองเห็นการติดตามผู้สูงอายุของบุคลากรยังไม่ต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไข

1. จัด CG / อสบ. / อสม ในการดูแลในเขตพื้นที่และติดตามการเยี่ยมบ้านโดย นสค. /ผู้รับผิดชอบงาน /ทีมสหวิชาชีพ
2. จัดทำแผนการดำเนินงาน การดูแล กำหนดกิจกรรมการดูแล case
3. นิเทศ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุ และการดำเนินงานของ CG/ อสบ/ อสม. โดย นสค. ประสานสหวิชาชีพเฉพาะในกระบวนการดูแลที่ถูกต้อง
4. ประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่



ประเด็น
การพัฒนา
ตามกลยุทธ์ด้าน
SUPPORT

การพัฒนาระบบบริหาร
การเงินการคลัง
(FEED)

ระบบควบคุมภายใน
คุณภาพ
(ประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินและพัสดุ)

ข้อมูล 43 แฟ้ม
(คุณภาพแฟ้ม Person)

องค์กรคุณภาพ
(PMQA/HA/sw.ศต.ติดดาว)

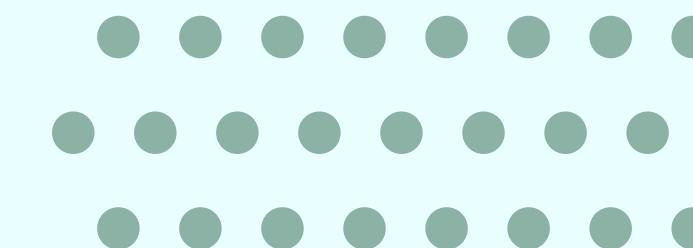
องค์กรแห่งความสุข
HROPS-Non HR/Happy Organization/
พัฒนาผู้นำรุ่นใหม่)



การบริหาร การเงิน การคลัง

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

สถานะทางการเงิน ณ 30 เมษายน 2564



งบแสดงฐานะการเงิน

สินทรัพย์		หนี้สินและทุน	
สินทรัพย์หมุนเวียน		หนี้สินหมุนเวียน	
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	25,464,593.05		
เจ้าหนี้การค้า	5,740,998.62		
ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	1,435,397.09	ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	5,043,934.08
ลูกหนี้เงินยืม	-	เงินรับฝากอื่น	7,675,491.22
วัสดุคงเหลือ	1,722,443.28		
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน	28,622,433.42	รวมหนี้สินหมุนเวียน	18,460,423.92
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	32,652,463.63	หนี้สินไม่หมุนเวียน	649,999.92
		รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่าย	8,824,477.21
		ทุน	33,339,996.00
รวมสินทรัพย์	61,274,897.05	รวมหนี้สินและทุน	61,274,897.05

งบแสดงผลการดำเนินงาน

รายได้รวม:	60,280,998.67
ค่าใช้จ่ายรวม:	54,908,563.63
รายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ:	5,372,435.04
ทุนสำรองสุทธิ:	9,524,721.47

รายงานวิกฤติ ทางการเงิน Risk Scoring	หน่วยบริการ	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depleaciation	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scorning	เงินบำรุงคง เหลือ(หักหนี้แล้ว)
	รพ.กาบัง (เมษ.64)	1.56	1.46	1.37	9,524,721.47	5,372,435.04	0	0	0	0	6,363,456.05

การเงินการคลังของหน่วยบริการโดยใช้ FEED

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย :ระดับความสำเร็จของการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการโดยใช้ FEED

สถานการณ์

- โรงพยาบาลกาบังประสบปัญหาวิกฤติทางการเงิน สาเหตุ
 - การได้รับการจัดสรรเงินต่างๆ ที่น้อยลง
 - หน่วยงานมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบริการ การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการให้บริการและความปลอดภัยในการให้บริการ และระบบบริหารจัดการต่างๆ จึงต้องมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงินทุก ๆ ไตรมาส โดยการประชุมคณะกรรมการ เพื่อควบคุม ติดตามความก้าวหน้าการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงาน

- มีการประชุม คกก.CFO ,คกก.บริหาร เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์การเงิน เพื่อควบคุม ติดตามความก้าวหน้าการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
- มีแผนเพิ่มประสิทธิภาพกำหนดมาตรการเพิ่มรายได้ ควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างเข้มงวดเพื่อให้เป็นไปตามแผน

ปัญหาอุปสรรค

- การดำเนินงานด้านงบประมาณและการควบคุมด้านค่าใช้จ่ายยังไม่ได้ประสิทธิภาพตามเป้าหมายเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีค่าใช้จ่ายนอกแผนเกิดขึ้น

แนวทางแก้ไข

- ควบคุม กำกับ ติดตามการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพด้วย FEED
- มีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารการเงินการคลังโดยเฉพาะ เรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจ Audit Chart และการพัฒนาต้นทุนบริการอย่างต่อเนื่อง



ระดับความสำเร็จของการควบคุมภายใน

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

สถานการณ์

ปี 2563 โรงพยาบาลผ่านการประเมินผลการควบคุมภายใน (EIA) ผ่าน 2 มิติ ไม่ผ่าน 3 มิติ

การดำเนินงาน

- สรุปประเด็นในมิติที่ยังดำเนินไม่ผ่านและจากการนิเทศตรวจสอบเพื่อนำมาปรับปรุงและดำเนินการ
- ประชุมคณะทำงาน
- ติดตามอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรค

- ผู้รับผิดชอบบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการควบคุมภายใน

แนวทางแก้ไข

- อบรมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
- กำหนดเป็นตัวชี้วัดของผู้รับผิดชอบเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง



ระบบบริหารจัดการด้านงบประมาณ

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

: ระยะเวลาในการชำระหนี้ ผ่านเกณฑ์ไม่เกิน 90 วัน (Cash Ratio 1.37)

สถานการณ์

ระยะเวลาในการชำระหนี้ ของโรงพยาบาลในช่วง 2 ปี ย้อนหลัง ปรากฏข้อมูล ดังนี้

ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563
ระยะเวลาการชำระหนี้ไม่เกิน 90 วัน	189.77 วัน	137.44 วัน

ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2562-2563 ระยะเวลาในการชำระหนี้ยังไม่ผ่านเกณฑ์

การดำเนินงาน

- ▶ นโยบาย และมาตรการในการจัดทำเอกสารจัดซื้อ/จัดจ้าง ให้งานการเงินไม่เกิน 1 เดือน นับจากวันที่มีการก่อหนี้
- ▶ งานการเงินดำเนินจ่ายเงิน ไม่เกิน 1 เดือนนับจากวันที่ได้รับเอกสารจัดซื้อ/จัดจ้าง
- ▶ มีการติดตามผลการดำเนินงานในการประชุม CFO ทุกเดือน

ปัญหาอุปสรรค

- ▶ สถานการณ์ทางการเงิน ช่วงไตรมาสที่ 3-4 เริ่มขาดสภาพคล่อง โรงพยาบาล ต้องทำแผน LOI จึงสามารถชำระหนี้ให้ผ่านเกณฑ์ได้

แนวทางแก้ไข

- ▶ นำเข้าทีมประชุมคณะกรรมการ CFO ของโรงพยาบาล เพื่อกำหนดมาตรการเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย





พัฒนาคุณภาพบัญชีตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

:หน่วยบริการทุกแห่งผ่านเกณฑ์ประเมินบัญชีเกณฑ์คงค้างทางอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 100

สถานการณ์

- โรงพยาบาลกาบังจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างผ่านเกณฑ์ประเมินที่กองเศรษฐกิจและหลักประกันสุขภาพ กำหนด ทุกเดือนได้แก่ ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและถูกต้องตามหลักการบัญชี ถูกต้องตามนโยบายที่กระทรวงกำหนด

การดำเนินงาน

- มีการประชุม คกก.CFO ,คกก.บริหาร เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์การเงิน เพื่อควบคุม ติดตามความก้าวหน้าการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล
- กำหนดระยะเวลาในการส่งข้อมูลตามเวลาที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรค

- ความล่าช้าของข้อมูล รายงานข้อมูล คงคลัง,รายงานเจ้าหนี้,รายงานลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล, รายงานการเงิน รพ.สต.

แนวทางแก้ไข

- ให้เจ้าหน้าที่ติดตามการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับนโยบายต่างๆ ในการบันทึกบัญชี ทางเวปไซด์ของงานประกันสุขภาพ
- ชี้แจงผู้รับผิดชอบในการส่งข้อมูล ติดตาม ทวงถาม กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน
- มีแผนการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานการเงินและบัญชี โดยเฉพาะเรื่องการพัฒนาคุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้างอย่างต่อเนื่อง

ระบบบริหารงานจัดการด้านพัสดุ

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

: หน่วยงานย่อยในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาทุกแห่ง มีการตรวจสอบพัสดุประจำปีและการจำหน่ายพัสดุ

สถานการณ์

การปฏิบัติงานการตรวจสอบพัสดุประจำปี พ.ศ.2561-2563

- 1.สำรวจพัสดุประจำปีของหน่วยงาน
- 2.จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุประจำปี
- 3.ตรวจสอบพัสดुकงเหลือที่มีอยู่ตรงตามบัญชีหรือทะเบียนหรือไม่มีพัสดุชำรุด เสื่อมสภาพ หรือสูญหาย
- 4.รายงานผลการตรวจสอบพัสดุเสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลาและรายงานผลให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินจังหวัดสงขลา
- 5.แต่งตั้งคณะกรรมการสอบหาข้อเท็จจริง ดำเนินการจำหน่ายและรายงานผลให้หัวหน้าส่วนราชการทราบ

การดำเนินงาน

การดำเนินงานตรวจสอบพัสดุประจำปี

- ปีงบประมาณ 2561 ดำเนินการยังไม่สมบูรณ์
- ปีงบประมาณ 2562-2563 มีการพัฒนาและส่งรายงานไปยังสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
- ปีงบประมาณ 2564 มีการพัฒนาโดยดำเนินการถึงขั้นตอนการตัดจ่ายพัสดุออกจากบัญชีและแจ้งสำนักงาน ตรวจเงินแผ่นดิน เนื่องจากมีการจำหน่ายพัสดุตามขั้นตอน

ปัญหาอุปสรรค

- 1.การเคลื่อนย้ายครุภัณฑ์ในหน่วยงาน บางฝ่าย/งานไม่ทำบันทึกข้อความแจ้งให้พัสดุทราบ ทำให้ครุภัณฑ์ไม่ตรงตามบัญชีที่มีอยู่ในฝ่าย/งาน ทำให้ล่าช้าในการรายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปี
- 2.ขาดสถานที่เก็บครุภัณฑ์ที่รอจำหน่าย

แนวทางแก้ไข

- 1.การเคลื่อนย้ายครุภัณฑ์ ให้เข้ามติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ให้ทำบันทึกข้อความแจ้งงานพัสดุทราบทุกครั้ง เมื่อมีการเคลื่อนย้ายครุภัณฑ์
- 2.เข้าแผนการเงินการคลังปีงบประมาณ 2565



คณะกรรมการมีการตรวจสอบพัสดุประจำปี เพื่อดำเนินการจำหน่ายในขั้นตอนต่อไป



คณะกรรมการดำเนินการประเมินราคาพัสดุ ตามระเบียบการจำหน่ายพัสดุ



ระบบบริหารงานจัดการด้านพัสดุ



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง
จังหวัดยะลา

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

:หน่วยงานย่อยในสังกัดอำเภอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา มีการตรวจสอบพัสดุประจำปีและการจำหน่ายพัสดุ

สถานการณ์

การดำเนินงานตรวจสอบพัสดุประจำปีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 การดำเนินงานไม่สมบูรณ์เนื่องจากไม่มีการส่งรายงานไปยังสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน ปีงบประมาณ 2563 มีการพัฒนาโดยดำเนินการสมบูรณ์

การดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบพัสดุประจำปี
2. รพ.สต ส่งทะเบียนครุภัณฑ์มายังสสอ.กาบังตามกำหนด (ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2563)
3. รพ.สต ส่งทะเบียนครุภัณฑ์ถูกต้องครบถ้วน
4. รพ.สต ส่งตรวจนับวัสดุคงเหลือและรายงานวัสดุคงเหลือประจำปีตามกำหนด (ภายในวันที่ 31 ตุลาคม 2563)
5. รายงานผลการตรวจสอบพัสดุ-วัสดุประจำปี ครบถ้วน (ของมีครบตรงตามทะเบียน เขียนเลขครุภัณฑ์ทุกชนิดตามทะเบียน)
6. รวบรวมรายงานผลการตรวจสอบพัสดุประจำปีไปยังสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

กรณีมีพัสดุชำรุด เสื่อมสภาพ หรือสูญหาย

1. แต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริง
2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจำหน่ายพัสดุประจำปี
3. มีแผนกำหนดการจำหน่ายพัสดุ
4. รพ.สต ส่งทะเบียนจำหน่ายครุภัณฑ์ถูกต้องครบถ้วนตามกำหนด
5. รวบรวมรายงานผลการจำหน่ายพัสดุประจำปีไปยังสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน

ปัญหาอุปสรรค

1. ทะเบียนครุภัณฑ์บางอย่างไม่มีเลขระบุทำให้ยากต่อการตรวจสอบ
2. ครุภัณฑ์บางอย่างที่มีไม่ตรงกับทะเบียนครุภัณฑ์
3. กระบวนการจำหน่ายพัสดุยังไม่สมบูรณ์

แนวทางแก้ไข

1. ก่อนสิ้นปีงบประมาณให้ทุก รพ.สต. เคลียร์พัสดุให้เรียบร้อยก่อนมีการลงตรวจสอบพัสดุ
2. ทุกครั้งที่มีการจัดซื้อครุภัณฑ์ให้ลงในทะเบียนครุภัณฑ์และระบุเลขที่ครุภัณฑ์นั้นทันที
3. กรณีมีการยืมหรือขอใช้ครุภัณฑ์ ให้ รพ.สต. ทำหนังสือมายังสสอ. และสสอ. ทำหนังสือตัดโอนเลขครุภัณฑ์ไปยัง รพ.สต.



พัฒนาคุณภาพข้อมูล 43 แห่ง (เพิ่ม Person)

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด :ร้อยละของคุณภาพข้อมูลเพิ่ม Person ข้อ 1-8 , 15-16 ถูกต้อง ครบถ้วน

- ▶ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล person 8 ข้อ จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

	ข้อ1	ข้อ2	ข้อ3	ข้อ4	ข้อ5	ข้อ6	ข้อ7	ข้อ8	ร้อยละ
รพสต.บันนังตاما	0	0	0	0	0	0	0	0	ผ่าน
รพสต.คลองน้ำใส	0	0	0	0	0	0	0	0	ผ่าน
รพสต.ลูโบ๊ะป็นยัง	0	0	0	0	0	0	0	0	ผ่าน
รพสต.บาละ	0	0	0	0	0	0	0	0	ผ่าน
รพ.กาบัง	0	0	0	0	0	0	0	0	ผ่าน
เวชปฏิบัติฯ	0	0	0	0	0	0	0	0	ผ่าน
รวมภาพเครือข่าย	0	0	0	0	0	0	0	0	100.00

นวัตกรรม : มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อแก้ไขปัญหาข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ครบถ้วน
ใช้โปรแกรมในการตรวจสอบข้อมูล

- ▶ มีการจัดตั้ง/คำสั่งคณะกรรมการด้านข้อมูลเป็นรูปธรรมชัดเจน
- ▶ มีการประชุมคณะกรรมการและผู้รับผิดชอบงานมีการติดตามงานด้านข้อมูลโดยอิงการตัดยอดข้อมูลของ สสจ.ยะลา(สสจ.ตัดข้อมูลวันที่ 25 ของทุกเดือน)
- ▶ มีการบันทึกข้อมูลแบบ Real timeและมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งเข้าระบบHDC



วันที่ 8 มกราคม 2564

ประชุมคณะกรรมการ HAIT โรงพยาบาลกาบังและ
ประชุมร่วมคณะกรรมการ CIO ระดับโรงพยาบาลและระดับ
คปสอ.กาบัง เพื่อจัดทำแผนและวางแนวทางการปฏิบัติงาน
ประจำปี 2564

งานภาคนโยบายระบบ





โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ
รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (สะสม) ร้อยละ 100

สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง มี รพ.สต. 4 แห่ง ดังนี้

- 1.รพ.สต.บ้านบันนังดามา
- 2.รพ.สต.บ้านคลองน้ำใส
- 3.รพ.สต.บ้านลูโบ๊ะปันยัง
4. รพ.สต.บาละ

ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว 4 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 100

การดำเนินงาน

ปี 2564 มีการประเมินตนเอง

- 🌀 หมวดที่ 1 คำสั่งคณะกรรมการเก็บรักษาเงิน,การจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้าง, แผนพัฒนาบุคลากร,วิเคราะห์และเชื่อมโยงแผนงาน/โครงการ
- 🌀 หมวดที่ 2 การค้นหาปัญหา OTOP / TOP 5 และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- 🌀 หมวดที่ 3 ประเมินความสุขของบุคลากร
- 🌀 หมวดที่ 4 บริการแพทย์แผนไทย
- 🌀 หมวดที่ 5 นวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

ปัญหาอุปสรรค

🌀เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกาบัง มีการจัดประชุมทีมพี่เลี้ยงติดดาวเพื่อหาแนวทางในการดำเนินงานในส่วนที่ขาด ,มีแผนในลงนิเทศติดตาม ด้วยสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ทำให้ต้องเลื่อนการนิเทศออกไป มีมติในที่ประชุมพี่เลี้ยงติดดาวให้มีการนิเทศติดตามงานในส่วนที่ขาด ตามช่วงที่ผู้รับผิดชอบงานเห็นว่าสมควรNew Normal

แนวทางแก้ไข

- 🌀นิเทศติดตามงานตาม New Normal
- 🌀จัดประชุมสรุปผลเฉพาะกลุ่ม

พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด :โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3



สถานการณ์

- รพ. ผ่านการรับรองชั้น 3 ปี 2562 และหมดอายุการรับรอง วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2564
- รพ. ส่งเอกสารเพื่อประกอบการพิจารณากำหนดการเยี่ยม reaccredit เดือนสิงหาคม 2563 สรพ. ได้กำหนดการตรวจเยี่ยมในกระบวนการ HA reaccredit โรงพยาบาลกาบัง วันที่ 27 -28 ธันวาคม 2563 ผลการตรวจเยี่ยมยังมีประเด็นเฉพาะเรื่องที่ต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างเร่งด่วน
- ทีมนำปรับปรุงแก้ไขและได้รับการตรวจเยี่ยมเฉพาะประเด็น 19 มีนาคม 2564

การดำเนินงาน

- รพ ทบทวนโครงสร้าง ทิศทาง องค์กร ทีมนำทบทวน ประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA 2019 และนำมาปรับปรุงออกแบบระบบงานตามมาตรฐานคุณภาพนำสู่การปฏิบัติ
- ตอบแบบประเมินตนเอง เอกสาร SAR 2020 รายงานความก้าวหน้าตามข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยม ส่งยังสรพ.
- รับการตรวจเยี่ยมจาก สรพ. 28-29 ธันวาคม 2563 และ 19 มีนาคม 2564
- ผลการตรวจเยี่ยม โรงพยาบาลกาบังผ่านการรับรองการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA Re -accredit

ปัญหาอุปสรรค

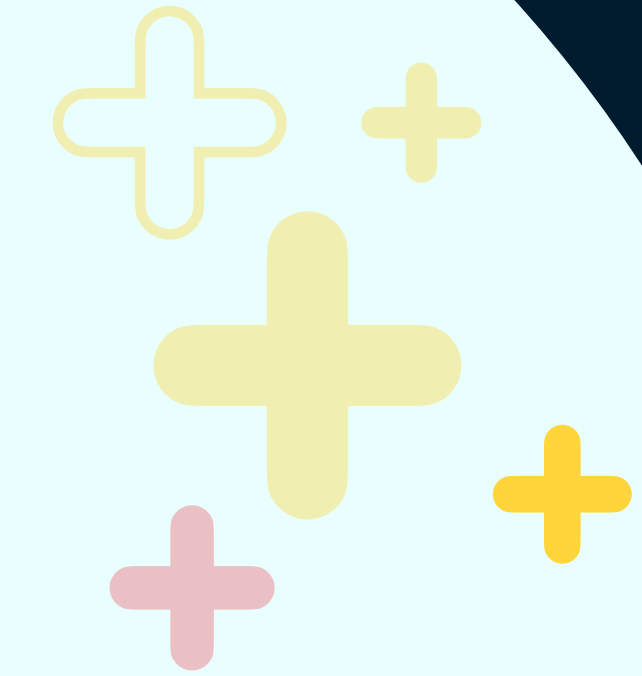
- การดำเนินกิจกรรมในบางกิจกรรม มีความไม่ต่อเนื่อง
- การเขียนแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลขาดความเชื่อมโยงกัน จากระยะเวลาในการเขียนที่มีระยะสั้น
- การปรับเปลี่ยนโครงสร้างบุคลากรผู้รับผิดชอบ (แพทย์)
- การขาดพี่เลี้ยงและทีมวิทยากรในการให้ความรู้ในบุคลากร

แนวทางแก้ไข

- ทบทวนโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพ ทีมนำคุณภาพ
- เดือนกรกฎาคม 2564 จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ
- สรุปรายงานความก้าวหน้าการปฏิบัติตามแผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ตัวชี้วัดสำคัญ ทุกปี
- ควบคุม กำกับ ติดตามการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพื่อความต่อเนื่องการพัฒนา



พัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA



รพ.กาบังได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ชั้น 3 ระยะเวลารับรอง
21 กุมภาพันธ์ 2562 - 20 กุมภาพันธ์ 2564

รพ.กาบังได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุ การรับรองกระบวนการ
คุณภาพ (Re- accreditation survey) 28-29 ธันวาคม 2564.
และ. 19. มีนาคม. 2564



ผ่านการรับรองมาตรฐาน
หมดอายุวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567



ระบบ HROP-Non HR

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

:ร้อยละ 90 ของหน่วยงานที่มีฐานข้อมูลกำลังคนด้านบริหารงานบุคคลในระบบ HROPS-nonHR ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน

สถานการณ์

- ▶ ผลการดำเนินในรอบที่ผ่านมาหน่วยงานมีฐานข้อมูลอัตรากำลังคนด้านบริหารงานในระบบ HROPS-nonHR ไม่ถูกต้องครบถ้วน
- ▶ บุคลากรบางท่านยังไม่ดำเนินการจัดทำในระบบHROPS-nonHR

การดำเนินงาน

- ▶ งานการเจ้าหน้าที่จัดทำแผนบริหารจัดการฐานข้อมูลเจ้าหน้าที่ให้เป็นปัจจุบัน
- ▶ ประชุมคณะกรรมการบริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน กลุ่มงานเพื่อชี้แจงรายละเอียด

ผู้บริหารชี้แจงในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร
หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน



ผู้บริหารชี้แจงในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร



ติดตามงานและให้ความรู้แบบเชิงรุกในแต่ๆ หน่วยงาน



ปัญหาอุปสรรค

- ▶ ในช่วงแรกๆ เจ้าหน้าที่ไม่ค่อยตระหนักถึงความสำคัญฐานข้อมูลของตนเอง ไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการตรวจสอบข้อมูล จึงส่งผลให้เกิดความล่าช้าและข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน

แนวทางแก้ไข

- ▶ ประสาน หน.ฝ่าย/ หน.งานเข้ามีส่วนร่วมและบทบาทหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน
- ▶ จัดทำหนังสือเวียนแจ้งให้หน่วยงานรับทราบ
- ▶ จัดทำคู่มือและขั้นตอนในการเข้าระบบโดยส่งผ่านทาง Line
- ▶ ติดตามงานและให้ความรู้แบบเชิงรุก

ระบบ HROP-Non HR

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

: การบริหารจัดการฐานข้อมูลกำลังคนด้านการบริหารงานบุคคลในระบบ HROPS-Non HR ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 90 ของหน่วยงานมีฐานข้อมูลฐานข้อมูลกำลังคนด้านการบริหารงานบุคคลในระบบ HROPS-Non HR ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน

สถานการณ์

ข้าราชการ บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข ในสังกัด สสอ.กาบัง มีจำนวน 32 ราย ได้ดำเนินงานตามบริหารจัดการฐานข้อมูลกำลังคนด้านการบริหารงานบุคคลากร ในระบบHROPS-Non HR ผ่านระบบของกระทรวงสาธารณสุข ใน ไตรมาส ที่ 2 ได้ดำเนินการ ครบ 100 %

แนวทางแก้ไข

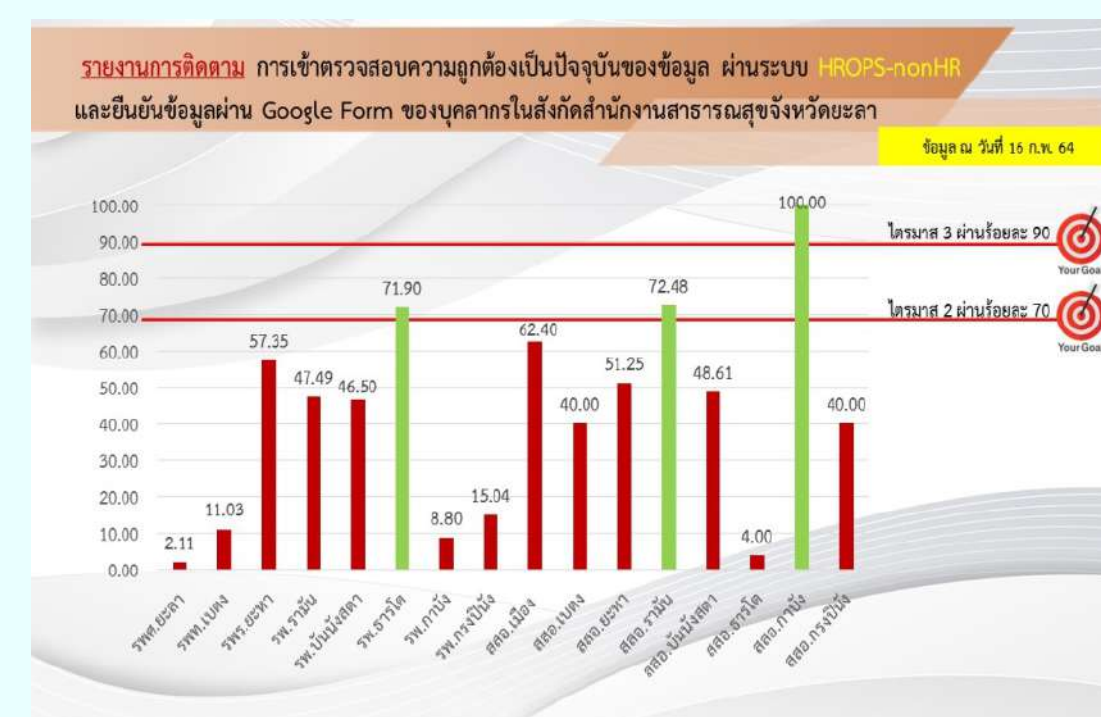
- สัมครการใช้งานใหม่
- กำหนดแนวทางการใช้งานที่ง่ายขึ้น
- ให้ความรู้ การใช้งานโปรแกรม การเข้าใช้งานของ HROPS-Non HR จากคู่มือการใช้งานของกระทรวงสาธารณสุข
- ติดตามอาการผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์สอบถาม

การดำเนินงาน

หน่วยงานได้มีนโยบาย ในการดำเนินงานให้เสร็จสิ้น ในการตรวจสอบข้อมูล ในระบบ และ แจ้งให้บุคลากร ที่มีการแก้ไข/เพิ่มเติม ข้อมูลให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน บุคลากรมีการบันทึกข้อมูล ตรวจสอบของแต่ละราย โดยมีคำสั่งและกิจกรรมในการดำเนินงาน และติดตามการดำเนินงานทุกครั้ง ตาม ความก้าวหน้า การใช้งาน และ การสมัคร นโยบายกระทรวง/จังหวัด

ปัญหาอุปสรรค

- ก่อนหน้าปี 2563 มีการใช้ระบบ แบบใหม่ ในการตรวจสอบ การใช้งานที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ใช้ลืม User และPasswod ของตนเอง ทำให้เข้าไปดูระบบรายงานไม่ได้
- การสมัครใช้งาน ในระบบ E-mail ละคนไม่ต่อเนื่อง ลืมการเข้าใช้งานในระบบ โปรแกรม



หน่วยงาน	Google Form			จำนวนเป้าหมาย 90 % (คน)	ขาด (คน)
	จำนวนคน	ยื่นขึ้น Google Form แล้ว (31 พค 64)	ร้อยละ		
สสจ.	128	116	90.63	ผ่าน	
พ.ช.ยะลา	1657	1225	73.93	ไม่ผ่าน	432
พ.ช.เบตง	435	247	56.77	ไม่ผ่าน	392
พ.ช.ยะหา	195	184	94.36	ผ่าน	
พ.ช.รามัน	259	244	94.21	ผ่าน	
พ.ช.บันนังสตา	200	197	98.50	ผ่าน	
พ.ช.วาปีปทุม	120	119	99.17	ผ่าน	
พ.ช.กาบัง	117	117	100.00	ผ่าน	
พ.ช.บันนังสตา	113	110	97.35	ผ่าน	
สสจ.เบตง	125	120	96.00	ผ่าน	
สสจ.ยะลา	54	54	100.00	ผ่าน	
สสจ.ยะหา	80	67	83.75	ไม่ผ่าน	12
สสจ.รามัน	108	106	98.15	ผ่าน	
สสจ.บันนังสตา	77	57	72.17	ไม่ผ่าน	20
สสจ.วาปีปทุม	50	43	86.00	ไม่ผ่าน	7
สสจ.กาบัง	32	32	100.00	ผ่าน	
สสจ.บันนังสตา	41	41	100.00	ผ่าน	
รวม	3,786	3,179	83.97		

มาตรการ การบันทึกในระบบฐานข้อมูล HROPS-Non ร้อยละ 90 ใน ไตรมาส 3 Score 4
มาตรการ บุคลากรในสังกัดหน่วยงาน สสอ.กาบัง มีการบันทึก ถูกต้อง ครบถ้วน 100 % Score 5

องค์กรแห่งความสุข

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมาย

: องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข สร้างผู้นำรุ่นใหม่
จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน (สสอ.กาบัง)

สถานการณ์

หน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง ในหน่วยงาน มี 4 แห่ง และ 1 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกาบัง การดำเนินงานตาม องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข สร้างผู้นำรุ่นใหม่

จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ภายใต้บริบทพื้นที่ความสามัคคี การมีส่วนร่วม และภาคีเครือข่าย ตาม 9 มิติ ในระดับหน่วยงานและ วัดในบุคลากร รพ.สต.ติดดาว ปี 2564

การดำเนินงาน

หน่วยงานมีการดำเนินงานตามแผนในการทำงาน ตามบทบาท ภารกิจ ในพื้นที่ ให้สอดคล้อง กับความสุข 9 มิติ เพื่อเป็นองค์กร แห่งความสุข ของบุคลากร และ เพื่อนร่วมงาน ในหน่วยงาน และ ต่างหน่วยงาน ในภาคีเครือข่าย

กำหนดแผนงาน กิจกรรมจิตอาสา เราทำความดี ด้วยหัวใจ เพื่อเทิดทูนในสถาบันชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ และจิตอาสา พัฒนาชุมชน อย่างต่อเนื่อง ทั้งในและนอกหน่วยงาน ชุมชน และสังคม

ปัญหาอุปสรรค

- ในปี 2564 รพ.สต.มีการวัดในหน่วยงาน ในส่วน ของ รพ.สต.ติดดาว ซึ่งอยู่ระหว่างการดำเนินการ วิเคราะห์และประมวลผลการดำเนินงาน
- ผลการดำเนินงานในปี ที่ผ่านมา ทุกพื้นที่จะมีปัญหาทางด้านสุขภาพเงินดี

แนวทางแก้ไข

- แนวทางการพัฒนา จัดให้หน่วยงานในสังกัด ร่วมกิจกรรมในส่วนเขตพื้นที่ ชุมชน และภาคีเครือข่าย
- การมีส่วนร่วมของหมู่บ้าน และชุมชน สามารถสร้างความรักและความ สามัคคี กลมเกลียวและ ความเป็นพหุวัฒนธรรม ในชุมชน
- จัดหารายได้เสริม ให้บุคลากร ในสังกัดได้มี การเสริมสร้างแหล่งรายได้ ให้กับตนเอง เช่น การปลูกผัก อาชีพเสริม เป็นต้น





องค์กรแห่งความสุข

ตัวชี้วัด/คำเป้าหมาย : องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ งานได้ผล คนเป็นสุข สร้างผู้นำรุ่นใหม่

สถานการณ์

รพ.มีการจัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข มีการจัดทำแผนสร้างสุขของหน่วยงาน ตั้งแต่ ปี 2563 (ตามผลการสำรวจประเมินความสุขตามแบบประเมินระบบออนไลน์ที่ happynomiter และ ปี 2564 ได้สำรวจแบบประเมินความสุขโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพ ของสำนักการพยาบาล

การดำเนินงาน

1. ปี 2564 มีการดำเนินงานตามแผนสร้างสุขของหน่วยงานแต่ในบางกิจกรรมไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้เต็มรูปแบบ หรือไม่สามารรถดำเนินกิจกรรมได้เนื่องจากไม่สามารถรวมกลุ่มจากการระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019
2. บุคลากรมีความพึงพอใจและมีความสนใจต่อกิจกรรมการเสริมสร้างความสุขในหน่วยงานที่ได้จัดกิจกรรม

ปัญหาอุปสรรค

การดำเนินกิจกรรมไม่ได้เป็นตามแผนการสร้างสุขของหน่วยงาน เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค

แนวทางแก้ไข

- การวางแผนการปรับรูปแบบกิจกรรมให้เป็นไปตามรูปแบบ New normal
- การดำเนินกิจกรรมตามแผนสร้างสุข เป็นรูปธรรม ให้ครอบคลุม ทุกๆ ด้าน ในการแก้ไขปัญหา และควรมีการประเมินผลกิจกรรมสร้างสุข

ขอบคุณครับ